La diagnosi psicologica in medicina psicosomatica

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi definisce la diagnosi psicologica come "un processo di 1) osservazione clinica (primo livello di base di astrazione), 2) inquadramento delle osservazioni cliniche in una cornice formale riconosciuta dalla comunità scientifica (secondo livello di astrazione), 3) elaborazione di ipotesi sui meccanismi di formazione e mantenimento degli esiti clinici (terzo livello di astrazione) nonché ai fini della scelta del trattamento" (CNOP, 2009). La diagnosi psicologica è quindi un *processo* complesso (non un singolo atto) di livelli crescenti di astrazione e che, a differenza della diagnosi biomedica di tipo eziologico, *non* identifica una malattia e si avvicina molto al concetto anglosassone di *assessment*. A seconda del livello di astrazione su cui si basa, inoltre, la diagnosi psicologica può essere declinata in molti modi: ad esempio, descrittiva (informazioni dirette o indirette su sintomi e comportamenti), strutturale (rappresentazioni e processi impliciti), funzionale (funzioni di personalità), categoriale o dimensionale (a seconda dell'utilità di evidenziare la classe o la severità del problema) (Dazzi, Lingiardi e Gazzillo, 2009).

La complessità della diagnosi psicosomatica

La diagnosi psicologica in psicosomatica ha un'ulteriore complessità causata dalla difficoltà di definire l'oggetto in quanto non esistono sindromi "psicosomatiche" per definizione (Todarello e Porcelli, 2002). All'osservazione psicologica possono giungere pazienti con problemi molto eterogenei ma tutti classificabili sotto il termine-ombrello di "psicosomatica" come ad esempio un'origine misteriosa dei sintomi fisici (astenia cronica non spiegabile dal punto di vista medico per assenza totale di risultati positivi da esami specialistici), la sovrapposizione di disturbi funzionali su una patologia organica identificata ma al momento inattiva (dolore addominale e diarrea in un paziente con rettocolite ulcerosa quiescente), la mancanza di com-

pliance terapeutica (paziente con diabete di tipo 2 che continua a mangiare dolci), effetti collaterali abnormi di terapie mediche (vertigini e tachicardia dopo l'asportazione chirurgica della colecisti), disadattamento persistente ad una malattia cronica (demoralizzazione, irritabilità e scatti d'ira incontrollabili in un paziente con ipertensione essenziale).

Una definizione *omnibus* di disturbo psicosomatico di per sé sarebbe pochissimo utile perché troppo generica ed eccessivamente sovra-inclusiva, per cui diventa importante comprendere quale tipo di diagnosi e a quale livello è possibile. Lo psicologo clinico deve esser consapevole che "fare diagnosi" in ambito psicosomatico significa tener conto di alcune ambiguità maggiori le quali comportano conseguenze negative, far cui l'imprecisione del termine "disturbo psicosomatico", l'indeterminatezza del concetto di psicosomatica e la scarsa preparazione clinica ricevuta nella formazione. Esaminiamo la questione in dettaglio.

– *Imprecisione del termine*. Nella gestione clinica, è normale che un medico si rivolga a un suo collega specialista in un'altra branca se ha il ragionevole sospetto che i sintomi presentati possano esser congrui con una condizione patologica che non è di sua competenza, come farebbe ad esempio il cardiologo inviando il paziente dall'endocrinologo nel caso di un paziente con sospetto disturbo tiroideo. La psiche viene considerata un "pezzo" più o meno misterioso dell'individuo da aggiungere ad altri "pezzi" noti (Furlan e Mancini, 1980). In prima battuta, quindi, il termine "psicosomatica" viene formulato in modo *ex negativo* ("disturbo fisico *senza* cause organiche…") per quanto riguarda i rapporti di causalità ("… e quindi di origine psicologica"), tanto che viene confuso con "disturbo psicogenetico" o addirittura "immaginario" non solo nei mass media (Internet incluso) ma anche da medici, psichiatri e psicologi (Miresco e Kirmayer, 2006; Stone *et al*., 2004).

Conseguenze: Gran parte dei pazienti con disturbi fisici che giunge all'osservazione psicologica ha ricevuto una sorta di diagnosi pre-costituita *ex negativo*, spesso dal medico stesso inviante. Le conseguenze operative negative possono essere tante ed anche pericolose sia per il paziente che per la professione di psicologo. Accettare di considerare "psicosomatico", per esempio, un paziente con psoriasi perché inviato dal dermatologo per "curare" la malattia potrebbe indurre lo psicologo a voler cercare a tutti i costi una qualsiasi causa psichica anche dove non c'è, fino al punto di considerare sintomatica di rimozione la stessa assenza di cause psicologiche! Questo atteggiamento ha avuto conseguenze anche sul piano teorico poiché, soprattutto nell'ultima metà del secolo scorso, molte teorie psicosomatiche sono state costruite estrapolando le osservazioni effettuate su pazienti selezionati (affetti dalla malattia fisica X *e* da disturbi psichici Y) all'inte-

ra classe “malattia”. Ne risultava, per esempio, che nel profilo di personalità del paziente ulceroso era inclusa la dipendenza dalla figura materna.

– *Indeterminatezza del concetto*. Un corpo umano osservato dall’esterno è un oggetto tridimensionale misurabile, e, infatti, le funzioni corporee possono essere misurate da esami, analisi, indagini, ecc. Il corpo umano vissuto dall’interno è invece un insieme complesso di sensazioni, a volte definite e a volte vaghe, che fanno riferimento a ciò che i filosofi definiscono senso pre-razionale dell’immagine corporea (Merleau-Ponty, 1945) e i neuroscienziati mappe cerebrali dell’immagine corporea (Damasio, 1999). Da un punto di vista epistemologico, ciò significa che siamo di fronte a un paradosso: non abbiamo un linguaggio scientifico per indicare la matrice unitaria, vissuta, esperienziale del proprio corpo, per cui medicina e psicologia parlano di due costrutti differenti del corpo, complementari l’uno all’altro ma senza linguaggio comune (Todarello e Porcelli, 1992). Sul piano clinico, la differenza è lampante nel rapporto medico-paziente quando si ascoltano i termini usati dal paziente e quelli usati dal medico per descrivere gli stessi sintomi. Un gruppo di ricercatori inglesi ha effettuato un’interessante ricerca sull’uso del linguaggio nelle consultazioni in medicina generale (Skelton *et al*., 2002). Mediante un software dedicato, sono state analizzate le trascrizioni di videoregistrazioni di 373 consultazioni di 40 medici di base e identificate le metafore “meccaniche” (“apparato idraulico” per indicare il tratto urinario, intervento chirurgico per “riparare” un organo danneggiato, “guasto meccanico” per spiegare i dolori articolari) e quelle “vivide” (sensazioni emotive colorite) per descrivere i sintomi. Il 71% delle metafore “meccaniche” è stata usata dai medici e il 29% dai pazienti mentre, di contro, l’86% delle metafore “vivide” è stata usata dai pazienti e il 14% dai medici. Espressioni “figurate” come il dolore equiparato a una tortura, l’emicrania a “guardare dritto nel sole”, la cistite a sentirsi “una foglia bagnata”, la pleurite a “esser stato preso a cazzotti”, il dolore colico ad avere “lupi nella pancia” indicano la necessità da parte degli individui di ricorrere a termini esperienziali per descrivere la narrativa del disagio fisico.

Conseguenze. Le conseguenze operative in questo caso derivano da ciò che Winnicott (1966) definiva “la dispersione degli agenti responsabili della cura”: la scissione nell’Io fra funzioni psichiche e funzioni somatiche (che per lo psicoanalista inglese è la vera cifra della malattia psicosomatica) viene amplificata all’esterno fra i professionisti che si prendono cura del paziente. Maggiore la distanza fra discorso medico sul corpo malato del paziente e percezione soggettiva del proprio stato di salute fisica, maggiore la possibilità che l’incomprensione conduca a eventi iatrogeni. Uno di questi è la “creazione” di una malattia immaginaria, ossia falsa (per inciso,

il termine ufficiale del DSM-IV per questi sintomi è quello di "somatoforme" il cui suffisso "-forme" indica uno stato che è simile o mima un altro disturbo, come "schizofreni-forme") quando al paziente viene detto che il suo dolore è un "fatto nervoso", corrispondente al famoso *all in your head* anglosassone. Questo atteggiamento fa correre il rischio concreto di indurre una sorta di ipocondria iatrogena nel paziente che si sente rifiutato sul piano medico e non accettato su quello relazionale, contribuendo a instaurare un comportamento abnorme di ricerca continua di visite, esami, farmaci, ecc. (*doctor shopping behavior*). Ci si può spiegare come mai, allora, da un'indagine svolta nel 2010 dal Coordinamento Nazionale Associazione Malati Cronici (CnAMC), una delle reti di Cittadinanzattiva, fra le maggiori criticità evidenziate nel SSN vengono menzionate la scarsa informazione fornita al paziente sulla gestione della malattia (56%), lo scarso tempo dedicato all'ascolto dei problemi del paziente (44%), l'assenza di interventi psicologici in ospedale (73%), e la carenza di integrazione fra le figure sanitarie ospedaliere (42%) (Lazzari, 2011).

Altra conseguenza possibile, sul versante opposto del medico, è la cosiddetta *medicina difensiva*, ossia quella deviazione dalla pratica medica adeguata che ha lo scopo primario di difendersi da possibili rischi legali. In un survey su oltre 800 medici americani che lavoravano in 6 setting ad alto rischio di controversie legali (medicina d'urgenza, chirurgia generale, chirurgia ortopedica, neurochirurgia, ostertricia-ginecologia e radiologia), è stato chiesto di indicare la frequenza con cui i timori di essere accusati di *malpractice* li conduce a mettere in atto 4 comportamenti assicurativi: 1) prescrivere ulteriori esami diagnostici, anche se convinti che non sono necessari (un terzo dei medici interrogati), 2) prescrivere più farmaci del necessario (in oltre il 30% dei casi), 3) richiedere la consultazione di altri specialisti anche quando non necessario (metà del campione), 4) prescrivere procedure diagnostiche invasive, anche se si ritiene che siano superflue (circa il 60% dei medici) (Studdert *et al*., 2005). Secondo un'indagine commissionata dall'Ordine dei Medici di Roma nel 2008, circa l'87% dei medici italiani (con punte del 100% di ginecologi e ortopedici) dichiara elevato il rischio di essere denunciato dal paziente. Di contro, i pazienti con somatizzazioni hanno una probabilità significativamente maggiore di essere sottoposti a interventi chirurgici rispetto ai pazienti senza somatizzazioni (Fink *et al*., 1992). Ciò significa che si può innescare un cortocircuito pericoloso – sul piano personale – e costoso – su quello sociosanitario – fra atteggiamenti impliciti del paziente che *vivono* il proprio corpo e comportamenti espliciti del medico che *osserva* il corpo malato.

– *Scarsa preparazione clinica*. Lo scenario-tipo della consultazione psicologica per un paziente psicosomatico è molto differente dallo scenario-tipo della usuale consultazione psicologica. Normalmente, lo psicologo ha

di fronte un paziente con un problema di natura primariamente psicologica (comportamentale, emotivo, relazionale, ecc.) che, per questo motivo, si è rivolto a questo tipo di professionista o che è stato inviato da terzi sulla base dei problemi presentati. Il professionista dispone generalmente di una teoria del funzionamento mentale o della personalità e cerca concordanze e divergenze con i dati osservativi sulla base di uno strumentario adeguato (colloqui, test, ecc.). La pratica clinica con il paziente psicosomatico si svolge invece su uno scenario molto differente. Il paziente è quasi sempre inviato da un medico il quale ha già in qualche modo stabilito una diagnosi che, come detto sopra, ha molte probabilità di essere imprecisa e indeterminata. E molto difficile che il paziente "psicosomatico" si rivolga allo psicologo di propria iniziativa, come farebbe se avesse una sindrome fobica o soffrisse di stress matrimoniale. Ne è prova il fatto che molti pazienti in trattamento psicologico in un dato momento in un qualsiasi studio psicoterapeutico potrebbero avere un disturbo fisico per il quale sarebbero classificati come "pazienti psicosomatici" se fossero stati inviati dal medico a causa della sindrome somatica ma che non vengono invece considerati tali perché magari auto-inviati per un (concomitante? associato? conseguente? primario?) disagio psichico. Lo psicologo si trova di fronte a sintomi non coerenti con la propria formazione professionale e spesso con la propria teoria di riferimento del funzionamento mentale e deve basarsi sull'assunto – non indagabile con i propri strumenti – che l'origine e/o l'entità dei sintomi riferiti non deriva da una causa organica (Solano, 2013; Baldoni, 2010; Grandi *et al.*, 2011).

Conseguenze. Il rischio tipico di fronte a un paziente con sintomi ambigui presenti sia sul versante fisico sia su quello psichico (un esempio chiaro fra tutti: i disturbi della sessualità) è di ricorrere più o meno immediatamente a spiegazioni eziologiche monodimensionali. Lo psicologo non fa diagnosi (ossia non fa alcuna valutazione) per una sindrome fisica perché ritiene che i disturbi fisici non siano per definizione di sua competenza e lascia che il paziente gestisca da sé i sintomi fisici con il medico. È il polo estremo *all in your body* che potrebbe essere adottato *a meno che* il paziente non sia stato inviato dal medico esplicitamente con una diagnosi pre-costituita *ex negativo* di disturbo psicosomatico, come visto prima. Un esempio fra tutti: il paziente lamenta astenia, disturbi del sonno, irritabilità, disforia, aumento ponderale ma lo psicologo non sa neanche se ha fatto un esame della funzione tiroidea. Il polo estremo opposto è quello di *all in your mind* per cui qualsiasi sindrome fisica è riferita più o meno immediatamente e in modo altrettanto pre-costituito a un fattore psichico: la psoriasi è psicosomatica per definizione, il diabete è causato dalla relazione fusionale con la figura materna, l'ulcera gastrica dallo stress, il dolore cronico dalla depressione, e così via. Sono due polarità estreme di *impotenza*

e *onnipotenza* della psicologia, supportate anche da molta letteratura (per la verità, carica di teorie e povera di evidenze empiriche), che influenzano negativamente l'osservazione con pesanti *bias* teorici di cui spesso non ne siamo neanche consapevoli.

La presentazione clinica si può riassumere schematicamente in questo modo, con buona approssimazione (Tab. 1) (Porcelli, 2012).

Paziente A	**Paziente B**
1. Elevato peso dei fattori psicologici	**1.** Elevato peso dei fattori psicologici
2. Scarso peso dei fattori biomedici	**2.** Scarso peso dei fattori biomedici
3. Stile attributivo *somatizing*	**3.** Stile attributivo *psychologizing*
• Frequente in molti disturbi somatoformi e nella medicina di base	• Frequente nella descrizione di casi clinici
• Livelli elevati di disagio personale e di costi socio-sanitari	• Invio dal medico o auto-invio
• Trasversale a varie diagnosi mediche e psichiatriche	• Rischio epistemologico di sovra-generalizzazione

Il paziente-tipo A è caratterizzato da: 1) elevato peso dei fattori psicologici; 2) scarso peso dei fattori biomedici (per evidenze organiche inconsistenti o sproporzione fra diagnosi medica e sintomi percepiti); 3) attribuzione dei sintomi a cause esclusivamente o prevalentemente di tipo fisico, secondo lo stile di tipo *somatizing* di Robbins e Kirmayer (1991). Molti disturbi somatoformi del DSM-IV e soprattutto molti pazienti della medicina di base hanno queste caratteristiche, con un carico personale di sofferenza, disagio e costi socio-sanitari molto alto, ancora una volta trasversale alle varie entità diagnostiche mediche e psichiatriche (condizione spesso confusa con la "comorbilità"). Per esempio, una recente meta-analisi di 41 lavori su circa 6.000 soggetti ha trovato che disabilità quotidiana, distress psicologico, assenteismo lavorativo, spese mediche e comportamenti fobico-evitanti disadattivi sono fortemente associati non al tipo di dolore (dovuto a malattia organica o senza cause mediche note) ma alla "sensibilità ansiosa" (paura delle sensazioni fisiche correlate a stati ansiosi, basata sulla convinzione che si tratta di segnali di pericolo incombente), mentre la gravità dei sintomi algici (su parametri clinici) è risultata associata al tipo di dolore, ossia alla malattia sottostante (Ocañez *et al*., 2010). Il paziente-tipo B è caratterizzato ugualmente da 1) elevato peso dei fattori psicologici, e 2) scarso peso dei fattori biomedici, ma con 3) attribuzione dei sintomi a cause esclusivamente o prevalentemente di tipo psichico, secondo lo stile di ti-

po *psychologizing* (Robbins e Kirmayer, 1991). Questo tipo di paziente, più frequente nelle descrizioni di casi clinici, è spesso inviato dal medico in base alla sensazione che "c'è qualcosa che non va" di natura psichica – come descrissero bene Furlan e Mancini (1980) – o che si auto-invia per problemi psicologici personali che vede in relazione al disturbo fisico. Il rischio epistemologico in questa situazione è di inferire illegittimamente una teoria generale psicosomatica estrapolando da casi singoli pre-selezionati: si tratta infatti di pazienti di interesse psicologico primario che hanno anche un problema fisico.

La difficoltà di fare diagnosi *ex positivo* di disturbo psicosomatico può comportare un gioco di deleghe reciproche fra diverse figure professionali per quanto riguarda la gestione clinica del paziente. In molta manualistica vengono ancora elencate le classiche sette malattie psicosomatiche risalenti alla metà del secolo scorso, facendo propendere l'interpretazione psicologica dei disturbi fisici sul versante *all in your mind*. Corrispettivamente, in molta manualistica sui disturbi cardiovascolari o gastrointestinali non viene menzionata per nulla l'influenza dei fattori psicologici, facendo propendere l'interpretazione dei disturbi fisici sul versante *all in your body*. Si tratta di una dispersione diagnostica e terapeutica che, come diceva Winnicott, amplifica dall'esterno i processi di scissione interna del paziente con cui collude. Per esempio, in un famoso editoriale di oltre 10 anni fa su *Lancet*, Wessely e colleghi esaminavano le sindromi funzionali frammentate nelle varie specialità mediche (dolore toracico in cardiologia, sindrome temporo-mandibolare in odontoiatria, acufeni in otorinolaringoiatria, sindrome dell'intestino irritabile in gastroenterologia, sindrome da fatica cronica in medicina interna, sindrome vertiginosa in neurologia, dolore pelvico in ginecologia, ipersensibilità chimica multipla in allergologia, dolore lombare in ortopedia, fibromialgia in reumatologia, ecc.) e si chiedevano se costituissero *tutte* un'unica sindrome di somatizzazione o *tante* sindromi differenti. In altre parole, il medico fa diagnosi sulla base della propria specialità ma il paziente si rivolge a *quel* medico specialista sulla base dei sintomi prevalenti in una certa finestra temporale e imposta la narrativa in base alla quale riferisce i suoi sintomi in modo consequenziale. Un paziente con dolore lombare, acufeni e disturbi intestinali contemporanei o consecutivi nel tempo può ricevere più diagnosi e prendere più farmaci se il medico specialista si ritiene unico competente per quel singolo organo interessato (*all in your body)*, essere inviato da uno di questi specialisti allo psichiatra o allo psicologo perché è un "disturbo psicosomatico" (delega del "pezzo" malato) o essere ritenuto paziente psichiatrico (*all in your mind*).

La realtà è che i pazienti di cui ci stiamo occupando qui costituiscono una costellazione complessa di elementi *tanto* somatici *quanto* psichici. Per esempio, in un nostro studio (Porcelli *et al*., 2004) abbiamo confrontato pazienti con disturbi funzionali del tratto digestivo e con disturbi psichiatrici

che afferivano separatamente e indipendentemente a due setting medici diversi: un gruppo ad un ambulatorio ospedaliero di gastroenterologia ed un altro ad un ambulatorio ospedaliero di psichiatria. I due gruppi di pazienti, pertanto, avevano condizioni cliniche *identiche* (disturbi gastrointestinali e psicopatologici) ma si rivolgevano a due setting terapeutici *differenti*. Ciò che distingueva i due gruppi non erano quindi i sintomi (risultati simili anche misurandoli uniformemente con apposite scale) ma due dimensioni psicologiche: i pazienti con un livello significativamente maggiore di alexithymia andavano prevalentemente dal gastroenterologo mentre quelli con un livello significativamente maggiore di problemi disforici e interpersonali dallo psichiatra. Stessi pazienti, stessi sintomi fisici, stessi sintomi psicopatologici ma diagnosi diverse e terapie diverse.

Ci sono molte etichette per definire l'ambito della psicologia nel contesto della salute fisica, ambito a cui ci si riferisce con il termine "psicosomatica" che è certamente più riassuntivo ma anche, come abbiamo visto, più indeterminato e ambiguo. Le etichette variano da medicina psicosomatica a psicologia della salute, psicologia medica, medicina psicologica, psichiatria di consultazione, psicologia ospedaliera, psicologia sanitaria, all'interno delle quali vi sono declinazioni più specifiche a seconda degli indirizzi teorici ed applicativi. Tutte hanno un terreno comune: la relazione reciproca fra determinanti multiple (aspetti biologici, psicologici e sociali) della salute e della malattia. Più in concreto, questo settore della psicologia clinica si occupa dei fattori psicologici (rappresentazioni mentali, schemi cognitivi, modelli comportamentali, relazioni oggettuali, stili di personalità, esperienze stressanti, alterazioni psicofisiche) che incidono sulla vulnerabilità individuale verso tutte le malattie e dei correlati psicosociali (comorbilità psichiatrica, fattori psicologici, comportamento di malattia, qualità di vita) dei disturbi fisici. Secondo gli ambiti specifici, l'orientamento viene maggiormente indirizzato verso la promozione della salute e la prevenzione delle malattie (psicologia della salute) (Bertini, 2006), l'applicazione delle terapie psicologiche alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione delle malattie fisiche (medicina psicosomatica) (Fava e Sonino, 2010) o gli interventi nell'ambito dei servizi e dei contesti sanitari (psicologia sanitaria) (Lazzari, 2011).

Il terreno comune delle discipline che ruotano attorno al settore della psicologia in medicina è costituito da alcuni ingredienti di base. Almeno un paio di essi vanno brevemente sottolineati in questa sede. Il primo è costituito dall'ormai riconosciuto *modello biopsicosociale* di Engel (1977) secondo cui ogni malattia è un'entità multi-fattoriale. Nel modello, i fattori biologici possono essere ritenuti una condizione necessaria (ma non sempre, come nel caso dei cosiddetti *medically unexplained symptoms*, MUS) ma non sufficiente per definire la malattia la cui definizione implica necessariamente la valutazione dei fattori psicosociali. Sono tali fat-

tori, infatti, che definiscono nella maggior parte dei casi lo status sociale riconosciuto di "malato" attraverso la funzione sociale che storicamente ha assunto il medico nelle società occidentali. Nell'ottica dell'analisi della "disfunzione dannosa" (*harmful dysfunction*) (Wakefield, 2010), la diagnosi di un disturbo va fatta su due componenti: una fattuale (disfunzione dei meccanismi adattivi a una situazione data) e l'altra, essenziale, di valore (danno o situazione indesiderabile rispetto ai valori sociali condivisi). Ad esempio, il sonno non viene considerato un "disturbo" non per l'assenza della componente fattuale (disfunzione dello stato di coscienza) ma per l'assenza della componente di valore (fenomeno socialmente approvato poiché conforme alla predisposizione biologica). Nello stesso modo, la presenza di sintomi gastrointestinali non implica di per sé la sanzione sociale della diagnosi medica di malato (disfunzione) se non si aggiunge la componente valoriale del danno (limitazione delle funzioni psicosociali). Infatti uno studio tedesco su oltre 2000 soggetti della popolazione generale (Herschbach *et al*., 1999) ha trovato che coloro che riferiscono sintomi gastrointestinali funzionali (dispepsia, epigastralgia, dolore addominale, alterazioni dell'alvo) non differiscono molto dai soggetti che stavano fisicamente bene. Al contrario, coloro che riferivano sintomi clinici *e* si rivolgevano al medico ricevendone diagnosi (ossia riconoscimento sociale di status di malato) avevano punteggi significativamente maggiori di emozioni negative (somatizzazione, ansia, depressione, irritabilità ecc.). Il *danno* è quindi determinato da entrambe le condizioni, fisiche e psichiche, e non soltanto dalla *disfunzione* intestinale.

Il secondo ingrediente del terreno comune delle discipline che ruotano attorno al settore della psicologia in medicina è costituito dall'idea fondativa che la valutazione diagnostica va effettuata *in positivo*, ossia su ciò che si osserva, che si evince, che si comprende; in una parola su *ciò che c'è*, in contrasto con il criterio *ex negativo* di cui abbiamo parlato prima che parte da ciò che *non* c'è, ossia le evidenze di spiegazione biomedica. In questo capitolo, discuteremo di due livelli per fare diagnosi in positivo. Il primo livello è quello manifesto dei sintomi osservabili (*livello esplicito*); il secondo è quello più nascosto delle dimensioni psicologiche concomitanti (*livello esplicito*). Ognuno dei due livelli è importante quanto i fattori biologici e quelli sociali. Se *tutti* i fattori possono essere legittimamente considerati causativi dello stato di malattia, non tutti hanno la *medesima* importanza essendo le malattie multifattoriali ed eterogenee. Il compito della psicologia clinica in medicina è individuare *quali sono i fattori psicologici con peso relativo importante rispetto a o in associazione con i fattori biomedici nello spiegare la patologia X in questo paziente specifico*. Il punto quindi è individuare non *la* causa della patologia X (modello monodimensionale a rischio di estremizzazioni di impotenza o onnipotenza), né se tale patologia è da considerarsi psicosomatica o meno in modo binario (perché

non esiste *la* malattia psicosomatica) ma il *peso relativo* dei fattori implicati. In sostanza, compito della psicologia clinica è valutare la *quota psicologica* presente nelle patologie mediche, e in tutto ciò che è correlato al disturbo fisico sotto il profilo psicologico, dalla prevenzione al trattamento alla riabilitazione (Porcelli, 2009).

Sintomi espliciti

Un primo livello di valutazione diagnostica "in positivo" è costituito dall'individuazione dei sintomi osservabili clinicamente, nella maggior parte dei casi riferiti dal paziente stesso o direttamente o attraverso scale di sintomi.

DSM-IV

Il primo passo è rappresentato senz'altro dai criteri ufficiali di classificazione dei disturbi somatoformi nel DSM-IV-TR (APA, 2000) (Tab. 2).

La classificazione del DSM-IV è ampiamente nota, e peraltro storicamente superata essendo stata recentemente sostituita dalla nuova quinta edizione. Non ci soffermeremo molto, pertanto, ma è ugualmente necessario segnalare due aspetti. Il primo è che si tratta di una classificazione basata prevalentemente sulla presenza di sintomi, e quindi né sulle dimensioni psicologiche (in omaggio al criterio di ateoreticità dell'intera classificazione) né sulla severità degli stessi (in omaggio all'impostazione categoriale e non dimensionale). La presenza dei sintomi è però subordinata al "criterio di significatività clinica" (CSC), fortemente voluto da Allen Frances, capo della *task force* del DSM-IV che richiede, per poter fare diagnosi, che i sintomi causino un disagio significativo o una menomazione nel funzionamento di ruolo sociale, accademico o lavorativo. Il secondo aspetto è che questa classificazione ha attratto moltissime critiche da parte di clinici e ricercatori nei quasi due decenni di vita. Fra le principali critiche, vi sono (1) il mantenimento di un rigido dualismo mente-corpo poiché gran parte delle sindromi della Tabella 2 non vengono diagnosticate se è stata già fatta diagnosi di un altro disturbo di Asse I mentre le sovrapposizioni sono la regola nella pratica clinica; (2) la scarsa rappresentatività clinica poiché la sindrome maggiore (somatizzazione) ha criteri tanto restrittivi da costituire artificialmente un sotto-gruppo a bassa prevalenza composto esclusivamente da pazienti gravi, contrariamente a quanto si riscontra nella clinica quotidiana, soprattutto nella medicina di base; (3) l'esclusione delle sindromi più frequenti che diventano in questo modo sindromi sotto-soglia o sub-cliniche; (4) la eterogeneità dei criteri diagnostici per cui in alcune sindromi (come ipocondria e dismorfofobia) sono premi-

Disturbo	Criteri principali
Somatizzazione	**1.** Molti disturbi fisici in anamnesi, iniziati prima dei 30 anni di età, avvertiti per molti anni, che hanno causato ricerca di cure mediche e significative disfunzioni psicosociali. **2.** Presenza di: *a)* dolore in almeno 4 localizzazioni corporee o funzioni fisiche diverse (testa, addome, schiena, mestruale, sessuale); *b)* almeno 2 sintomi gastrointestinali (nausea, diarrea, intolleranze alimentari); *c)* almeno un sintomo sessuale diverso dal dolore (disfunzione erettile, dismenorrea, anedonia sessuale); *d)* almeno un sintomo pseudoneurologico (parestesie, afonia, ritenzione urinaria, amnesia). **3.** I sintomi non sono spiegabili da una condizione medica nota o l'eventuale presenza di quest'ultima non spiega l'entità della sintomatologia.
Somatoforme indifferenziato	**1.** Almeno un sintomo fisico (astenia, appetito, gastrointestinale, urinario) della durata di almeno 6 mesi. **2.** Sintomi non spiegabili da o esagerati rispetto ad una condizione medica nota, non simulati.
Conversione	**1.** Almeno un sintomo (diverso dal dolore) o un deficit che colpisce le funzioni volontarie senso-motorie. **2.** I fattori psicologici sono associati ai sintomi o ne precedono esordio o riacutizzazione. **3.** Sintomi non spiegabili da o esagerati rispetto ad una condizione medica nota, non simulati.
Algico	**1.** Dolore significativo in almeno un distretto corporeo. **2.** I fattori psicologici sono associati all'esordio, alla severità, alla riacutizzazione ed al mantenimento del dolore. **3.** Il dolore non è simulato o associato ad altro disturbo depressivo, ansioso, psicotico o da dispareunia.
Ipocondria	**1.** Convinzione di avere una malattia in base ad una personale interpretazione di sintomi fisici. **2.** Comportamento di malattia, caratterizzato dalla preoccupazione che persiste anche dopo adeguata rassicurazione medica. **3.** Durata di almeno 6 mesi.
Dismorfismo corporeo	**1.** Preoccupazione per un difetto immaginario dell'apparenza fisica. **2.** Se è presente una lieve anomalia fisica, le preoccupazioni espresse dal paziente appaiono marcatamente eccessive.
Somatoforme NAS	Sintomi di tipo somatoforme che non rientrano nei criteri summenzionati.
Fattori psicologici che influenzano una condizione medica	Rientra nelle "Altre condizioni oggetto di attenzione clinica". Presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali che influenzano l'esordio, il decorso ed il trattamento di una condizione medica nota. Tali fattori possono essere costituiti da una patologia di Asse I, sintomi psicologici sotto-soglia, tratti di personalità, stili di coping, comportamenti disadattivi di malattia e risposte fisiologiche da stress.

Disturbo	Criteri principali
NOTA sull'ICD-10	*Il capitolo V della decima versione dell'International Classification of Diseases (ICD-10) (World Health Organization, 1992) riporta i criteri diagnostici dei disturbi somatoformi. In larga parte, essi corrispondono (con varie eccezioni e specificità) ai criteri del DSM-IV. L'ICD-10 ha però 2 diagnosi che non corrispondono a nessuna delle diagnosi DSM-IV:* – ***Disfunzione autonomica somatoforme:*** *1. Sintomi di arousal autonomico, attribuiti dal paziente ad una patologia fisica, a carico di almeno due dei sistemi cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio e uro-genitali (ad es. nevrosi cardiaca, sindrome di Da Costa, nevrosi gastrica, astenia neurocircolatoria).* *2. Almeno due sintomi fra: palpitazioni, sudorazione, bocca secca, rossore, discomfort epigastrico; almeno un sintomo fra: dolore precordiale, dispnea, astenia, aerofagia, alterazioni dell'alvo, disuria, distensione addominale.* – ***Nevrastenia:*** *1. Sensazioni persistenti di spossatezza dopo piccoli sforzi mentali (ad es. normali compiti quotidiani che non richiedono grande energia mentale) o b) sensazioni persistenti di affaticamento e astenia dopo minimi sforzi fisici. La durata della sintomatologia è di almeno 6 mesi. Mancata sensazione di recupero fisico dopo riposo, rilassamento o distrazione.* *2. Presenza di irritabilità ed almeno 2 sintomi fra dolori muscolari, vertigini, cefalea tensiva, disturbi del sonno, impossibilità di rilassarsi.* *3. Non avviene nel corso di sindrome post-encefalitica e post-concussiva e non è associato a disturbi depressivi e ansiosi.*

nenti le disfunzioni cognitive mentre in altre (somatizzazione, indifferenziato, conversione) la presenza esclusiva di sintomi; (5) la instabilità nel tempo delle sindromi causata dal criterio basato sui sintomi, a differenza della pratica clinica in cui i sintomi somatici possono facilmente cambiare livello di gravità e di localizzazione fisica (Porcelli, 2009).

Disturbo	Criteri
Somatic Symptom Disorder (300.85)	**A.** Uno o più sintomi somatici che provocano disagio o difficoltà significative nella vita quotidiana. **B.** Ideazione, emozioni e comportamenti eccessivi in relazione a tali sintomi somatici o in associazione con preoccupazioni per la propria salute. Almeno due delle seguenti caratteristiche devono essere presenti: *1.* preoccupazioni persistenti e sproporzionati sulla gravità dei propri sintomi; *2.* livelli elevati e persistenti di ansia sulla propria salute o sui propri sintomi; *3.* tempo ed energie ecc.essivamente dedicati a tali sintomi o preoccupazioni. **C.** Anche se un sintomo può non essere presente continuativamente, la condizione sintomatica è persistente (tipicamente da almeno 6 mesi). *Specificazione:* ***Predominant Pain*** (precedentemente “disturbo algico”). Questa categoria è riservata ad individui che presentano in modo predominante sintomi dolorifici e che soddisfano anche i criteri B e C. Alcuni pazienti con dolore predominante potrebbero essere meglio diagnosticati con altri disturbi quali “disturbi di adattamento” o “fattori psicologici che influiscono sulla condizione medica”.

Disturbo	Criteri
Illness Anxiety Disorder (IAD) (300.7)	**A.** Preoccupazione di avere o di contrarre una malattia seria. **B.** Sintomi fisici assenti o, se presenti, solo di modesta intensità. Se è presente una condizione medica o il rischio di sviluppare una condizione medica (per esempio, una importante anamnesi familiare), le preoccupazioni sono chiaramente eccessive o sproporzionate. **C.** Elevati livelli di ansia per la salute e bassi livelli di soglia di allarme per la propria salute. **D.** Comportamenti relativi alla salute eccessivi (per esempio, controllare ripetutamente il corpo per scoprire segni di malattia) o di evitamento disadattivo (per esempio, evitare visite mediche e ospedali). **E.** Anche se una specifica preoccupazione non è presente in modo continuativo, la condizione generale di preoccupazione è cronica (da almeno 6 mesi). **F.** Le preoccupazioni sulla salute non sono spiegabili da sintomi di un altro disturbo mentale come il disturbo da sintomi somatici (*Somatic Symptom Disorder*), il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo da dismorfismo corporeo, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante di tipo somatico. *Sottotipi:* **Care-seeking**: caratterizzato da tassi elevati di uso di presidi sanitari. **Care-avoidant**: raramente cercano cure mediche poiché vedere un medico e sottoporsi a esami di laboratorio e procedure diagnostiche fa aumentare la loro ansia fino a livelli non tollerabili.
Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder) (300.11)	**A.** Presenza di uno o più sintomi o deficit che colpiscono le funzioni volontarie motorie o sensoriali, con o senza apparente alterazione della coscienza. **B.** Le evidenze dei risultati clinici sono incongruenti o incompatibili con un disturbo neurologico o medico riconosciuto. **C.** Il sintomo o deficit non è spiegato meglio da un altro disturbo medico o DSM riconosciuto. **D.** Il sintomo o deficit causa disagio significativo o una menomazione nel funzionamento sociale o lavorativo o in altre aree funzionali o richiedono una valutazione medica.
Psychological Factors Affecting Medical Condition (316)	**A.** Presenza di una condizione medica generale. **B.** Fattori psicologici e comportamentali influiscono negativamente su tale condizione in uno dei seguenti modi: *1.* i fattori psicologici hanno influenzato il decorso della condizione medica, come evidenziato dalla stretta associazione temporale fra fattori psicologici e sviluppo o esacerbazione o ritardo nella guarigione dalla condizione medica; *2.* i fattori psicologici interferiscono con il trattamento della condizione medica (per esempio, scarsa aderenza) *3.* i fattori psicologici costituiscono un fattore di rischio riconosciuto per la salute addizionale per l'individuo; *4.* i fattori psicologici influenzano la fisiopatologia e precipitano o aggravano i sintomi o necessitano di attenzione medica

Disturbo	**Criteri**
Factitious Disorders imposed on self (300.19)	**A.** Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici o induzione di ferite o malattia prodotti con inganno identificato. **B.** Presentarsi agli altri come malato, menomato o ferito. **C.** Il comportamento ingannevole è evidente anche senza la presenza di rinforzi esterni ovvi. **D.** Tale comportamento abnorme di malattia non è spiegato meglio da un altro disturbo mentale di tipo delirante o psicotico.
Factitious Disorders imposed on other (300.19)	**A.** Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici o induzione di ferite o malattia in un'altra persona prodotti con inganno identificato. **B.** Presentare l'altra persona (vittima) come malata, menomata o ferita. **C.** Il comportamento ingannevole è evidente anche senza la presenza di rinforzi esterni ovvi. **D.** Tale comportamento abnorme di malattia non è spiegato meglio da un altro disturbo mentale di tipo delirante o psicotico.
Unspecified Somatic Symptom Disorder	*SSD breve:* Durata dei sintomi inferiore a 6 mesi. *IAD breve:* Durata dei sintomi inferiore a 6 mesi. *IAD senza comportamenti relativi alla salute eccessivi:* Assente il Criterio D dell'IAD. *Pseucociesi:* Falsa convinzione di essere incinta, associata a segni oggettivi e sintomi soggettivi di gravidanza.
Body Dysmorphic Disorder (300.7) *[nella categoria* ***Obsessive-Compulsive and Related Disorders]***	**A.** Preoccupazione di avere uno o più difetti nell'aspetto fisico, non osservabili dall'esterno o giudicabili molto lievi. **B.** Ad un certo momento del decorso del disturbo, l'individuo ha compiuti gesti ripetitivi (per esempio, controllarsi allo specchio, eccessiva cura del proprio aspetto, escoriazioni della pelle autoprodotte, ricerca di rassicurazioni) o azioni mentali (per esempio, confrontare il proprio aspetto fisico con quello di altri) in risposta alle preoccupazioni per il proprio aspetto fisico. **C.** Tale preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o disfunzione sociale, lavorativa o in altre aree di funzionamento. **D.** Tali preoccupazioni non sono attribuibili ad una condizione medica. **E.** Le preoccupazioni per l'aspetto fisico non sono spiegabili meglio con preoccupazioni sul peso corporeo all'interno di un quadro di Disturbo Alimentare.

Anzitutto viene modificata la denominazione da "disturbi somatoformi" del DSM-IV a *Somatic Symptom Disorders (SSD)* in cui vengono raggruppate le principali diagnosi DSM-IV in un'unica condizione principale (*SSD*) che dà il nome all'intera rubrica. Il SSD raggruppa il disturbo di somatizzazione, il disturbo algico, il disturbo somatoforme indifferenziato e parte dell'ipocondria. Si tratta di un unico disturbo complessivo

caratterizzato da cronicizzazione, sofferenza soggettiva a causa dei sintomi fisici e risposta eccessiva o disadattiva alla sintomatologia fisica. Il requisito principale per i disturbi SSD è che "tutti implicano la presentazione di sintomi fisici e/o la preoccupazione di avere una malattia medica". Il range di gravità è molto ampio ma tipicamente il disturbo è nel complesso più grave in presenza di sintomi somatici multipli. Come criterio di gravità viene considerato il criterio B (vedi Tab. 3): il SSD è lieve se è presente uno solo dei criteri B, moderato se sono presenti 2 o più criteri B e grave se sono presenti, oltre a 2 o più criteri B, anche sintomi somatici multipli. Viene anche introdotta una nuova categoria, la *Illness Anxiety Disorder (IAD)*, che sostituisce il disturbo ipocondriaco, diviso in due parti nel DSM-5, di cui una diagnosticata nell'IAD e l'altra nel precedente SSD.

Le principali modifiche del DSM-5 riguardano quindi:

1. la de-enfatizzazione del concetto di sintomi somatici non spiegabili dal punto di vista medico (*medically unexplained*) poiché perpetua il dualismo mente-corpo, per cui non si fa differenza, soprattutto nel SSD, fra sintomi "funzionali" (o MUS) e "organici" (causati da una malattia medica diagnosticata);
2. la combinazione delle principali sindromi somatoformi del DSM-IV in un unico disturbo maggiore (SSD);
3. l'introduzione una nuova categoria (*Illness Anxiety Disorder*) per includere la maggior parte dei pazienti ipocondriaci ma anche una buona percentuale di soggetti con elevata ansia per la salute ma senza sintomi fisici;
4. la maggiore enfasi sui controlli medici nel disturbo da conversione nel quale viene eliminato il criterio (di derivazione psicodinamica) dell'associazione con condizioni di stress psicologico e l'eliminazione del criterio di simulazione (perché poco affidabile in quanto è impossibile stabilire che il paziente non stia simulando). Inoltre all'etichetta di "disturbo di conversione" viene aggiunta fra parentesi la dizione di "disturbo da sintomo neurologico funzionale" perché pare più utilizzato dai neurologi e meno offensivo per il paziente;
5. l'inclusione della categoria "Fattori psicologici che influenzano una condizione medica" pienamente nella rubrica *Somatic Symptom Disorder*, invece che in quella secondaria di "Altre condizioni oggetto di attenzione clinica" del DSM-IV;
6. lo spostamento del disturbo dismorfofobico nella categoria dei disturbi ossessivo-compulsivi.

È ancora presto per valutare se la nuova classificazione abbia superato i limiti del DSM-IV, anche perché i lavori del DSM-5 sono stati molto travagliati e moltissimo criticati (si veda la rubrica "Dibattiti" del n. 2 del 2011 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, pp. 239-246). Più in particolare, nonostante siano state avanzate molte proposte clinicamente e scienti-

ficamente sensate di revisione durante il dibattito pre-DSM-5 (Kroenke *et al*., 2007; Mayou *et al*., 2005; Fava *et al*., 2007), alcune critiche importanti sono state già avanzate verso i SSD. Ad esempio, First (2011) nota come i 3 requisiti fondamentali del criterio B non siano indipendenti l'uno dall'altro e si chiede provocatoriamente come un paziente possa avere "preoccupazioni persistenti e sproporzionati sulla gravità dei propri sintomi" (criterio B1) senza avere anche "livelli elevati e persistenti di ansia sulla propria salute o sui propri sintomi" (criterio B2). Allo stesso modo, Sykes (2012a; 2012b) si chiede come si possa considerare disturbo "mentale" un disturbo per il quale non c'è alcun requisito essenziale di base di tipo psicologico[1] o quale paziente con una patologia medica non manifesti "la presentazione di sintomi fisici e/o la preoccupazione di avere una malattia medica" (la congiunzione "e/o" implica che basta avere sintomi fisici per essere diagnosticabile con un disturbo mentale come il SSD). Inoltre, è vero che è stato eliminata dalla porta la dizione *medically unexplained symptoms* ma il concetto di MUS è rientrato dalla finestra dei criteri per le singole diagnosi della rubrica SSD (da 300.85 a 300.19: vedi Tab. 3) poiché tutte richiedono la presenza di sintomi funzionali caratterizzati dal fatto che non sono pienamente spiegabili dal punto di vista medico. Come afferma Sykes (2012b, p. 529), il concetto di MUS "è sempre là, non esplicitato ma sempre in agguato sullo sfondo". Infine, vi sono fondati dubbi sull'efficacia clinica di un maxi-disturbo omnicomprensivo come il SSD che corre il rischio di essere sovra-inclusivo diagnosticamente e poco efficace nella comunicazione soprattutto con i medici non-psichiatri che già non avevano mai adoperato neanche le categorie diagnostiche dei disturbi somatoformi del DSM-IV trovandole oscure e poco comprensibili. Basti solo pensare che la traduzione italiana letterale di "disturbo da sintomi fisici" risulta molto generica o che lo stesso termine SSD è impiegato per indicare sia una rubrica generale che un disturbo specifico. La conclusione, almeno per il momento, è dar ragione a chi sosteneva, già negli anni scorsi, che questa categoria andrebbe eliminata, le sue singole diagnosi distribuite nelle altre diagnosi psicopatologiche appropriate (Mayou *et al*., 2005) o che andrebbe sostituita con altre formulazioni clinicamente molto più adeguate (Fava *et al*., 2007).

Al momento, a nostra conoscenza, sono stati pubblicati due studi soltanto di confronto diagnostico fra DSM-IV e DSM-5, entrambi tedeschi. Il primo, effettuato su circa 4000 soggetti di popolazione generale, ha trovato che il SSD è altamente associato ad elevato uso di cure mediche e che

1. Il criterio di base secondo cui "i fattori psicologici possono innescare, esacerbare o mantenere nel tempo tali sintomi", presente nella prima versione (aprile 2011), è stato poi eliminato dal Workgroup per i SSD nell'ultima versione online (aprile 2012) e nella versione definitiva (maggio 2013).

nel 40-50% il SSD è risultato stabile al controllo di un anno (Rief *et al*., 2011) e il secondo, effettuato su circa 250 pazienti ricoverati in una della più grandi cliniche psicosomatiche della Germania ha trovato che il 68% dei pazienti diagnosticati con un disturbo somatoforme DSM-IV soddisfacevano anche i criteri del SSD del DSM-5 e che questi ultimi, rispetto al DSM-IV, identificavano pazienti con maggiori problemi psicologici a varie scale (Voigt *et al*., 2012). Un terzo studio preliminare ha confrontato le sindromi SSD del DSM-5 con i DCPR (vedi oltre) in un piccolo gruppo di 70 pazienti consecutivi con insufficienza cardiaca congestizia afferenti a un ospedale bolognese (Guidi *et al*., 2012). I pazienti con almeno una diagnosi SSD sono stati il 18.5% contro il 41.4% dei pazienti con almeno una diagnosi DCPR (soprattutto negazione di malattia, demoralizzazione e umore irritabile), in un rapporto quindi di oltre 2 a 1. Inoltre tutti i pazienti con SSD avevano almeno una diagnosi DCPR mentre il contrario (pazienti con DCPR ed almeno una diagnosi SSD) è stato riscontrato solo nel 23% dei casi, facendo ipotizzare una scarsa capacità dei nuovi criteri ufficiali per le sindromi di somatizzazione di identificare significativi problemi psicologici associati alla malattia fisica rispetto a criteri clinicamente più fondati come i DCPR.

Sintomi di somatizzazione

Indipendentemente dalla classificazione psichiatrica ufficiale, la somatizzazione intesa in senso descrittivo esplicito come l'espressione del disagio psicologico in forma somatica (Lipowski, 1987) può esser valutata attraverso una serie di scale. Le più usate e validate sono le scale di screening per la valutazione preliminare di possibili sindromi somatoformi da approfondire nel colloquio clinico e le scale di valutazione della severità dei sintomi somatoformi. Fra le prime, ci sono la *Somatoform Disorders Schedule* (SDS) (Janca *et al*., 1995) e la *Screening for Somatoform Disorders* (SOMS) (Rief e Hiller, 1999) (Box 1).

In queste scale altamente strutturate, gli item corrispondono ai sintomi fisici inclusi nel disturbo di somatizzazione DSM-IV e valutano quindi solo i sintomi senza spiegazioni mediche plausibili (MUS). Le seconde misurano invece la gravità dei sintomi fisici con scale che prevedono una valutazione dimensionale (solitamente su scala Likert) dei sintomi presentati e degli aspetti psicologici associati (ansia, depressione, benessere, aggressività, funzioni psicosociali). Fra le più usate, si possono annoverare la scala di Somatizzazione (SOM) del SCL-90-R (Derogatis, 1983; 2011), il *Symptom Questionnaire* (SQ) (Kellner, 1976; Canestrari, 1982) e il *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15) (Kroenke *et al*., 2002) (Box 2).

***Somatoform Disorders Schedule* (SDS)** (Janca *et al*., 1995)
Intervista strutturata patrocinata dall'OMS per la diagnosi dei disturbi somatoformi, divisa in 3 sezioni: somatizzazione, ipocondria e nevrastenia. Le ultime due sezioni includono i criteri diagnostici rispettivamente del DSM-IV e dell'ICD-10; la sezione sulla somatizzazione comprende sintomi algici, gastrointestinali, dissociativi (di conversione), cardiovascolari, uro-genitali e dermatologici. L'intervista comprende domande su esordio, durata, interferenza con le attività quotidiane, tipo di trattamento, ecc. Dopo domande specifiche di approfondimento, i sintomi sono classificati in base a un sistema di 4 codici assegnati in relazione alla probabilità che siano presenti e rilevanti da un punto di vista psicopatologico (codice 4), dovuti a condizioni fisiche varie (anche gravidanza) o uso di sostanze o di farmaci (codice 3), lievi e clinicamente poco rilevanti (codice 2) o assenti (codice 1).
Un esempio di item di sintomo dissociativo è "è mai successo di aver perso la voce per 30 minuti o più e di non esser riuscito a parlare se non con un soffio di voce?". Un esempio di item di sintomo di somatizzazione è "Ha mai avuto periodi di debolezza, ossia di non esser stato in grado di sollevare o spostare oggetti che normalmente non ha difficoltà a sollevare o spostare?"
Esiste anche una versione auto-somministrata di screening (SDS-S) a 12 items.

***Screening for Somatoform Disorders* (SOMS)** (Rief e Hiller, 1999)
Scala auto-somministrata composta da 53 sintomi fisici (di cui 5 solo per le donne relative a mestruazioni e gravidanza e 1 solo per i maschi relativa a disturbi sessuali) che comprendono i sintomi del disturbo di somatizzazione del DSM-IV e dell'ICD-10. Il periodo di indagine dei sintomi è di 2 anni a cui si risponde con un formato Si/No, a seconda che il paziente ritiene che i sintomi abbiano influito significativamente sul proprio benessere soggettivo e il medico non ha trovato una spiegazione sufficientemente plausibile per essi. Ciò consente di applicare la scala a pazienti con patologie organiche accertate ma indagando solo sui sintomi somatici di tipo MUS.
Segue una sezione di 15 item che indaga sui criteri di inclusione ed esclusione per la diagnosi di disturbo di somatizzazione (esordio dei sintomi prima dei 30 anni, durata dei sintomi, accettazione della spiegazione medica sull'origine non-fisica dei sintomi, numero di visite mediche a causa di questi sintomi, ecc.). Uno dei 15 item indaga sulle caratteristiche ipocondriache ("Teme o è convinto di avere una malattia seria anche se i medici non hanno trovato spiegazioni sufficienti?").

La valutazione dei sintomi espliciti è limitata per svariati motivi (scarsa affidabilità, imprecisione diagnostica, eterogeneità multiculturale dei sintomi di somatizzazione) ma ha aspetti potenziali di utilità clinica perché consente di cogliere la percezione che il paziente ha del proprio stato di salute, e quindi il suo punto di vista e il suo vissuto rispetto alla condizione clinica che presenta.

Scala di Somatizzazione (SOM) del SCL-90-R (Derogatis, 1983)
La SCL-90-R è una delle scale auto-somministrate per la valutazione dei problemi psicologici più usate a livello clinico e di ricerca. È composta da 90 items che indagano la presenza di vari sintomi e problemi psichici avuti nella settimana precedente. Il questionario contiene 9 scale cliniche, una delle quali è la scala SOM. Indaga 12 sintomi (fra cui cefalea, vertigini, dolore, nausea, dispnea, astenia, ecc.) con risposte su scala Likert a 5 punti. Di recente (Derogatis, 2011) è stata validata la versione italiana su campioni normativi.

Scala di Sintomi Somatici del Symptom Questionnaire **(SQ)** (Kellner, 1976; Canestrari, 1982)
Il SQ è composto da 92 items a risposta dicotomica vero/falso o si/no, raggruppati in 4 scale di disagio psicologico (ansia, depressione, ostilità e sintomi somatici) e 4 scale di benessere psicologico (rilassatezza, contentezza, benessere fisico e buona disposizione verso gli altri). L'indagine viene effettuata sul breve periodo (nella scorsa settimana, oggi o anche un'ora fa) secondo le necessità cliniche o di ricerca. La scala dei Sintomi Somatici include 17 sintomi (fra cui dispnea, astenia, anoressia, dolori muscolari, tachicardia, dispepsia, cefalea, ecc.) con valori normali considerati fra 0 e 8 sintomi.

Patient Health Questionnaire **(PHQ-15)** (Kroenke *et al*., 2002)
Deriva dalla *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), un'intervista strutturata sviluppata nei primi anni '90 per diagnosticare velocemente i disturbi psichiatrici più comuni presenti nei pazienti di medicina (disturbi dell'umore, d'ansia, somatoformi, da abuso di alcool e del comportamento alimentare), da cui è stata tratta la versione auto-somministrata (il PHQ) che ha successivamente generato i singoli strumenti per depressione (PHQ-9), ansia (GAD-7) e somatizzazione (PHQ-15).
Il PHQ-15 comprende 15 sintomi che rappresentano il 90% dei sintomi fisici presenti nella medicina di base (dolore di stomaco, dolore di schiena, dolore agli arti o alle giunture, stanchezza, disturbi del sonno, dolori mestruali, dolore durante il rapporto sessuale, mal di testa, dolore al petto, vertigini, svenimenti, tachicardia, respiro corto, stitichezza o diarrea, nausea o difficoltà a digerire), con risposte che ne valutano la gravità nel mese precedente su scala a 3 punti da 0 a 2.
Il punteggio totale varia quindi da 0 a 30 e prevede 3 punteggi di cutoff (5, 10 e 15) per disturbi somatici di livello lieve, moderato e severo. Il PHQ-15 ha evidenziato buone caratteristiche di identificazione diagnostica dei disturbi somatoformi (Kroenke *et al*., 2010).

Dimensioni latenti

Un secondo livello di valutazione diagnostica in positivo è naturalmente più specifico per lo psicologo poiché richiede una modalità di approccio al paziente più coerente con la propria formazione professionale e pratica clinica. Si tratta della valutazione di una dimensione "covert", presente non nel contenuto della narrativa dei sintomi riferita dal paziente stesso ma dagli elementi impliciti del suo modo di comportarsi, di attivare funzioni mentali, di reagire a situazioni complesse: funzioni di personalità, schemi cognitivi, espressione affettiva, attivazione psicofisica emotiva, modelli comportamenti, modalità relazionali. Sono aspetti del funzionamento mentale altamente organizzati benché impliciti e strutturanti l'esperienza di malattia poiché sottostanti la percezione consapevole dei sintomi. Due aspetti cardinali che distinguono nettamente la valutazione psicologica delle dimensioni latenti da quella psichiatrica dei sintomi espliciti vanno sottolineate con decisione (Porcelli, 2009):

1. non si possono separare gli aspetti fisici e quelli psichici attraverso cui isolare artificialmente la sintomatologia somatica da quella psicologica, come fanno il DSM-IV e il DSM-5 e come sa benissimo chiunque lavori in questo tipo di setting;
2. entrambi gli aspetti fisici e psichici concorrono nello sviluppo del quadro clinico ma non nella stessa misura bensì con *pesi relativi* diversi che vanno ponderati con attenzione.

La letteratura psicosomatica è piena di svariati costrutti. In questa sede ne elenchiamo solo alcuni rilevanti per la pratica clinica, diffusi in diversi gruppi di pazienti e con solide evidenze scientifiche.

Amplificazione somatosensoriale

Barsky e Klerman (1983) hanno introdotto questo costrutto per indicare una tendenza ad amplificare selettivamente i sintomi fisici a causa di 3 aspetti correlati e grosso modo concomitanti: *a)* un aspetto *percettivo* per cui il soggetto manifesta una elevata vigilanza e controllo delle proprie sensazioni fisiche comuni; *b)* un aspetto *cognitivo* di attenzione selettiva per cui, nella miriade di sensazioni esterne e interne che colpiscono normalmente una persona, il soggetto è specificamente portato a selezionare quelle oggetto di attenzione; *c)* un aspetto *comportamentale* per cui il soggetto reagisce alle inevitabili – perché fisiologiche e perché amplificate dai processi attenzionali di cui sopra – sensazioni somatiche anche deboli e poco frequenti, creando un circolo vizioso automatico (più sono attento, più percepisco le sensazioni che provengono da una o più zone critiche del corpo; e più le percepisco, più sono attento a quando e a come si ripresen-

tano) che le rende sempre più disturbanti. L'amplificazione somatosensoriale può essere un tratto stabile del funzionamento mentale del soggetto, probabilmente appreso nell'infanzia, o anche uno stato temporaneo, causato da fattori situazionali. Può essere, inoltre, attivato indipendentemente dal fatto che la diagnosi sia di disturbo somatico funzionale (come i disturbi somatoformi del DSM-IV), di psicopatologia (depressione maggiore, disturbo di panico, disturbo ossessivo-compulsivo) o di malattia organica (a causa della variabilità inter-individuale di pazienti che soffrono della stessa patologia medica).

Indagini sparse effettuate nel corso degli ultimi decenni (Kroenke, 2003; Kessler, 2009) indicano che in un periodo medio di 2-4 settimane, l'85-95% della popolazione accusa almeno un comune sintomo somatico (affaticamento, cefalea, dolore lombare, esantemi cutanei, diarrea, stipsi, capogiri); un adulto medio accusa almeno un fastidio somatico ogni 4-6 giorni; gran parte di tali sintomi (circa il 75-95%) sono gestiti autonomamente dalle persone (con rimedi vari, di tipo farmacologico e non) senza ricorrere a consultazioni mediche; solo una parte della popolazione (25-30%) decide di consultare un medico: questa porzione non è necessariamente più malata di coloro che non vanno dal medico, tenendo conto che il 70%-90% di pazienti di medicina di base con ansia/depressione si presentano esclusivamente accusando MUS e il 50% delle persone con disturbi psicologici ricevono forme varie di trattamento solo dal medico di base. Come scrivono Kirmeyer e colleghi (1994), questa sintomatologia mista, fisica e psicologica, è dovuta "all'amplificazione dei livelli di normale oscillazione delle preoccupazioni verso il proprio corpo i quali raggiungono un grado di intensità tale da causare disagio psicologico o disadattamento sociale. La soglia di patologia è funzione sia dei circuiti psicologici innescati (circolo vizioso di ansia e attenzione) che delle dinamiche familiari e sociali. Un individuo oltrepassa questa soglia in rapporto alla variabilità del suo temperamento, alle esperienze vissute nell'infanzia, ai fattori socioculturali, e alla struttura e alle funzioni del sistema sanitario" (p. 133).

Le due scale maggiormente utilizzate per la dimensione di amplificazione somatosensoriale sono la *Somatosensory Amplification Scale* (SSAS) (Rief *et al*., 1998) e il *Cognitions About Body and Health Questionnaire* (CABHQ) (Barsky *et al*., 1990) (Box 3).

***Somatosensory Amplification Scale* (SSAS)** (Rief *et al.*, 1998)
La SSAS è una scala di 10 item che chiede al soggetto di indicare, su una scala Likert da 1 a 5, il livello di attenzione a stimoli ordinari che provengono dall'esterno (impulso a tossire se qualcun altro lo sta facendo, fastidio nel restare in una stanza affumicata, nell'essere colpiti da un rumore improvviso, nel tollerare temperature ambientali eccessive) e dall'interno (consapevolezza cenestesica del proprio corpo, persistenza dei lividi, percezione del battito cardiaco, morsi della fame, dolore alle punture, tolleranza al dolore).
Come esempio, riportiamo il contenuto di alcuni item: "Quando qualcuno tossisce, anche a me viene da tossire", "Talvolta posso sentire il polso o i battiti del cuore pulsare nelle mie orecchie", "Non riesco a sopportare il dolore come fanno molte persone". Viene considerato "a rischio" un punteggio superiore a 30, su un range possibile di 10-50.

***Cognitions About Body and Health Questionnaire* (CABHQ)** (Barsky *et al.*, 1990)
Comprende 31 affermazioni valutate su una scala Likert a 4 punti da "assolutamente vero" a "assolutamente falso".
Il questionario ha 5 sub-scale:
– *ideazione catastrofistica* ("Le malattie più serie si sviluppano in silenzio e poi esplodono da un momento all'altro");
– *sensazioni da attivazione autonomica* ("A volte sento le pulsazioni del cuore nelle orecchie");
– *debolezza corporea* ("Devo evitare di fare sforzi per conservare la mia sensazione di forza fisica");
– *intolleranza verso i disturbi fisici* ("Vado subito dal medico appena sento che qualcosa fisicamente non va");
– *abitudini salutistiche* ("Quando mi sento debole, vado all'aria aperta per recuperare").
Come appare evidente dalle scale e dal contenuto dagli item, il CABHQ esamina i modelli cognitivi individuali della somatizzazione, ossia i pensieri automatici innescati dall'attenzione selettiva verso le sensazioni corporee e dai relativi schemi di ideazione catastrofistica, ossia di anticipare immediatamente tutte le possibili conseguenze negative sulla propria salute.

Ansia per la salute

Si tratta di una dimensione strettamente associata al concetto di amplificazione somatosensoriale. Nei modelli teorici più recenti (Salkovskis e Warwick, 2001; Taylor e Asmudson, 2004), l'ansia per la salute viene concepita in senso largo, come una dimensione psicologica di preoccupazione per il proprio stato di salute. Può essere adattiva nel caso di un dolore anginoso acuto in un paziente già infartuato o di un senso improvviso

di astenia, confusione e vertigini in un paziente diabetico. L'elevata attenzione verso i sintomi somatici in condizioni di aumentato rischio di salute consente ai pazienti infartuati o diabetici di ricorrere a interventi di pronto intervento per evitare conseguenze anche fatali. In questi casi una bassa ansia per la salute può risultare fortemente disadattiva. Più frequentemente, però, l'elevata ansia per la salute in assenza di condizioni di rischio implica la presenza di convinzioni disfunzionali sul significato delle sensazioni fisiche e dei sintomi somatici e include, nell'accezione ampia di Taylor e Amudson (2004), una vasta gamma di forme cliniche, di cui la più grave è l'*ipocondria* secondo i criteri del DSM-IV, seguita da altre manifestazioni come *ipocondria sotto-soglia* (quando non vengono soddisfatti tutti i criteri del DSM-IV), *ipocondria transitoria* (ipocondria sotto-soglia di durata inferiore a 6 mesi), *patofobia* (fobia per una malattia di cui però il soggetto non percepisce i sintomi, come nell'ipocondria), *allucinazioni somatiche*, le più comuni delle quali sono la sensazione di emettere cattivi odori o di essere stato infettato da insetti o parassiti, alcune forme dismorfofobiche di infondata deformità di alcune parti del corpo, la percezione di malfunzionamento di parti del corpo, come il sistema circolatorio, che invece funzionano normalmente. Come detto in precedenza, non ci sono ancora dati per valutare se questa concezione dimensionale dell'ansia per la salute sia pienamente congruente con i criteri categoriali della diagnosi IAD del DSM-5.

Le varie forme di ansia per la salute possono rimanere latenti anche per lunghi periodi, costituire una sorta di sottofondo costante di interpretazione delle sensazioni somatiche ed essere improvvisamente attivate in modo acuto da stati di ansia e depressione, situazioni stressanti, eventi ambientali come le varie epidemie che di tanto in tanto vengono amplificate dai media. In un interessante esperimento (Lecci e Cohen, 2002) è stata misurata la pressione arteriosa a un gruppo di studenti durante una condizione sperimentale (induzione di ansia per la salute) ed è stato loro detto che i livelli erano pericolosamente alti (mentre in realtà erano normali). Insieme a soggetti di controllo (senza misurazione della pressione), essi hanno effettuato una versione modificata dello Stroop test (con inserimento di parole target sulla salute fisica insieme a parole neutre) dopo aver compilato la SSAS che abbiamo citato prima. I soggetti nella condizione sperimentale hanno evidenziato un tempo di latenza alle parole target dello Stroop significativamente superiore (indice di maggior conflitto percettivo-cognitivo) rispetto ai controlli se avevano ottenuto un elevato punteggio alla SSAS, suggerendo che l'attivazione acuta di ansia per la salute fa aumentare la sensibilità percettiva per la salute fisica. In una review recente sull'ansia per la salute, sono stati analizzati 21 lavori che hanno esaminato variabili cognitive (ideazione ipocondriaca) e 25 lavori che hanno esaminato variabili percettive (questionari sull'amplificazione somatosensoriale e test di laboratorio) (Marcus *et al.*, 2007). I risultati sono stati di due tipi.

Primo, il rapporto fra fattori cognitivi (interpretazioni catastrofiche delle sensazioni fisiche e dei sintomi somatici, idealizzazione della salute come assenza assoluta di qualsiasi sintomo fisico, convinzione di esercitare un basso controllo sulla ricorrenza di comuni disturbi somatici) e ansia per la salute è abbastanza elevato, indipendentemente dal fatto che gli studi revisionati siano stati effettuati su gruppi clinici di pazienti ipocondriaci o su gruppi non-clinici di soggetti sani. L'eterogeneità interna dei lavori su gruppi clinici è stata elevata (62%), evidenziando che la diagnosi psichiatrica di ipocondria nasconde una varietà di tratti psicologici e di personalità differenti. Questo risultato indica che l'ansia per la salute è correlata a fattori cognitivi (ossia psicologici) e non psichiatrici (ossia legati a una patologia psichica).

Il secondo risultato è stato che il rapporto fra amplificazione somatosensoriale (misurata con strumenti specifici come la SSAS) e ansia per la salute è molto elevato, anche in questo caso indipendentemente dall'aver esaminato gruppi clinici o non-clinici, con un *effect size* medio di 0.42. L'aspetto interessante è che il rapporto fra ansia per la salute e misurazione in vivo della sensibilità somatica (consapevolezza del battito cardiaco, discriminazione tattile, sensibilità al dolore, stima della salivazione al dolce) è stato nullo. I soggetti con ansia per la salute sono quindi convinti di essere particolarmente sensibili ai sintomi ma in realtà non risultano più accurati dei controlli nel valutare le modificazioni in vivo delle funzioni fisiche, come il battito cardiaco, o non hanno una soglia di sensibilità fisiologica al dolore differente dai soggetti sani. Il problema risiede pertanto nella diversa rappresentazione corporea (fattore cognitivo) che influenza l'attenzione selettiva verso gli stimoli fisici interni (interocezione), più che nella differente sensibilità fisica. Studi di *brain imaging* hanno fornito risultati coerenti con l'ipotesi psicologica che l'ansia per la salute implica meccanismi centrali di *elaborazione* degli stimoli e non periferica di reale *sensibilità* agli stimoli. Uno studio con fMRI ha dimostrato che nei soggetti con elevata sensibilità al dolore (auto-riferita su una scala di valutazione) si attivano maggiormente le regioni "affettivo-cognitive" del cervello (corteccia anteriore del cingolo, corteccia somatosensoriale e corteccia prefrontale), ma non quelle "sensoriali" (talamo) rispetto a soggetti con bassa sensibilità al dolore in risposta allo stesso stimolo termico (Coghill *et al*., 2003).

Le scale più interessanti per l'ansia per la salute sono il *Whiteley Index* (WI) (Pilowsky, 1967), l'*Health Anxiety Questionnaire* (HAQ) (Lucock e Morley, 1996) e i criteri di *Ansia per la Salute* dell'*Intervista Strutturata per i Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) (Porcelli e Sonino, 2007) (Box 4).

***Whiteley Index* (WI)** (Pilowsky, 1967)
È una scala sviluppata da I. Pilowsky confrontando risposte di pazienti con e senza diagnosi di ipocondria su un ampio ventaglio di item che valutavano generiche preoccupazioni per la propria salute. La scala è composta da 14 items che indagano convinzioni e paure legate all'ipocondria a cui viene risposto su una scala Likert a 5 punti graduata per severità.
Il WI ha tre sub-scale derivate da analisi fattoriale esplorativa:
– *patofobia*, ossia la paura di avere o di poter sviluppare una malattia seria ("Si preoccupa spesso della possibilità di avere una malattia seria?");
– *preoccupazione corporea*, ossia l'impressione soggettiva di avere molti sintomi fisici ("Pensa di avere molti sintomi fisici?");
– *convinzione di malattia*, ossia la forza della convinzione del paziente di essere seriamente malato ("Se lei si sente male e qualcuno invece le dice che sta meglio, ne è infastidito?").
Più recentemente è stata valutata una riduzione a 7 items (WI-7) su 1800 pazienti di medicina di base che ha evidenziato un'ottima capacità di screening con un punteggio di cutoff superiore a 2.5, migliore anche della versione originale a 14 items (Conradt *et al*., 2006).

***Health Anxiety Questionnaire* (HAQ)** (Lucock e Morley, 1996)
Scala con 21 items a cui viene chiesto di rispondere utilizzando una scala Likert per frequenza a 4 punti da 0 ("mai") a 3 ("nella maggior parte del tempo"), e 4 sub-scale:
– *preoccupazioni per la salute* ("Quando accusa una sensazione fisica spiacevole, le riesce difficile pensare ad altro?");
– *patofobia* ("Quando viene a sapere che qualcuno di sua conoscenza ha una malattia seria o è morto, inizia ad essere più preoccupato per la sua salute?");
– *ricerca di rassicurazioni* ("Le capita mai di esaminare il suo corpo per vedere se c'è qualcosa che non va?");
– *interferenze con la propria vita* ("I sintomi le impediscono di concentrarsi su quello che sta facendo?").

Intervista Strutturata DCPR* per *Ansia per la Salute (Porcelli e Sonino, 2008)
Fra le 12 sindromi dei *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR), questa sindrome è compresa nel cluster di Comportamento Abnorme di Malattia. I DCPR indagano su 12 sindromi associate a varie patologie mediche, organiche o funzionali (ad es. nosofobia, negazione di malattia, somatizzazione persistente, irritabilità, demoralizzazione e alexithymia). Negli ultimi 10 anni i DCPR hanno ricevuto un'ampia validazione clinica anche su popolazione italiana e possono essere valutati attraverso un'intervista strutturata (Porcelli e Sonino, 2008; Porcelli e Todarello, 2012).
I criteri dell'intervista strutturata per l'Ansia per la Salute comprendono domande relative alla paura di avere una malattia seria, alla facilità di preoccuparsi per la propria salute appena si avverte un lieve disturbo fisico, alla facilità di essere rassicurati dal medico (criterio che la differenzia dall'ipocondria all'interno dei DCPR) e alla breve durata (meno di 6 mesi).

Comportamento abnorme di malattia

Un altro concetto strettamente legato all'attenzione verso le sensazioni fisiche e ai processi cognitivi che stanno alla base della *narrativa* individuale mediante la quale vengono comunicati i sintomi è il tipo di comportamento adottato dal paziente. Kleinman (1988), antropologo medico ad Harvard, definisce "esperienza di malattia" (*illness experience*) il monitoraggio di vari stati fisici (affanno, crampi, dolori), l'atto mentale di valutarli come normali, preoccupanti o seri e il comportarsi di conseguenza (aspettare e vedere cosa accade, ignorarli, auto-curarsi, ricorrere a cure mediche). È un comportamento soggettivo, pre-scientifico, basato sulle sensazioni e sull'atteggiamento emotivo che ci indirizza verso l'inclusione di sensazioni eterogenee (sintomi fisici) in una categoria coerente a cui viene attribuito un nome (ad esempio di una malattia possibile) sulla base del senso comune, delle passate esperienze, della cultura di appartenenza o delle informazioni che riesco a reperire (un tempo dalla rete di conoscenti e parenti, poi dai mass media, oggi sempre più da Internet). Questa "esperienza di malattia", intesa in senso letterale come stato alterato dell'organismo a cui l'individuo accede grazie alla propria esperienza, non riguarda solo una dimensione privata ma è anche un atto sociale per almeno due motivi. Uno, l'esperienza soggettiva e soprattutto la narrativa dei sintomi (ossia il processo cognitivamente coerente con cui metto ordine temporale e spesso anche logico fra eventi, sintomi fisici, tipo di alimentazione, stati emotivi, ecc.) è plasmata culturalmente per ciascuno di noi; due, essa genera facilmente un'azione o un "comportamento di malattia" (*illness behavior*) che "consiste nel dare inizio a un trattamento (modificare la dieta, cambiare attività, mangiare solo alcuni cibi, prendersi un periodo di riposo, fare attività fisica, prendere medicinali senza prescrizione medica, assumere farmaci a portata di mano) e nel decidere quando richiedere cure sanitarie da un professionista o altri tipi di cura da altre figure" (Kleinman, 1988; p. 4). L'aspetto soggettivo del malessere diventa quindi "malattia" (*disease*) nel momento in cui il medico riconfigura la narrativa del paziente in termini tecnici, interpretandoli all'interno di una classificazione nosologica. Da questo punto di vista, il *disease* è la stessa cosa della *illness experience* ma vista "dall'altra parte", sul versante scientifico.

Esiste uno spazio, dunque, fra il malessere soggettivo, come dimensione privata della malattia (*illness*), e la diagnosi di malattia (*disease*), come dimensione non solo medica ma anche sociale. Per motivi dichiarati ed espliciti o inconsci e impliciti, un soggetto può "forzare" il passaggio attraverso questo spazio per apparire "più malato" di quello che è, oppure – al contrario – può "bloccare" il passaggio per apparire "meno malato" di quello che è. Nello "spazio" fra *illness experience* e *disease* delineato da Kleinman si inserisce quindi il concetto di "comportamento abnorme di malattia" (*ab-*

normal illness behavior) (AIB), definito da Pilowski (1997) con 2 caratteristiche principali: *a)* la persistenza di un modo disadattivo di avvertire, percepire, valutare e rispondere al proprio stato di salute, *b)* il fatto che il paziente non si lasci rassicurare dal medico nonostante quest'ultimo abbia fornito una spiegazione lucida e accurata della natura del problema e degli appropriati provvedimenti da prendere. L'AIB comprende due ampie categorie di comportamenti: l'affermazione di malattia e la negazione di malattia. Entrambe le categorie includono motivazioni sia consapevoli che inconsce che inducono il paziente a cercare forsennatamente di farsi riconoscere lo status di malato (come *disease*, nel linguaggio di Kleinman) da parte del medico o, all'opposto, di negare l'esperienza soggettiva stessa di *illness*. Per quanto riguarda l'affermazione di malattia, le motivazioni consapevoli possono essere la simulazione in forma "semplice" (per ottenere un vantaggio sociale, ad esempio di tipo lavorativo) o psicopatologica (come nei disturbi fittizi tipo la sindrome di Münchausen o di Ganser) mentre quelle inconsce possono essere anch'esse "semplici" (il cosidetto "vantaggio secondario" di ricerca di attenzioni ad esempio in ambito familiare) o psicopatologiche (tratti psicotici in pazienti con ipocondria o depressione maggiore, stati psicotici di delirio somatico). Per quanto riguarda la negazione di malattia, le motivazioni consapevoli possono essere associate a motivi pratici (mantenere il posto di lavoro) o per evitare terapie non desiderate (evitare effetti collaterali) o legate a sensi di colpa (non voler pesare sul coniuge malato), mentre quelle inconsce possono esser dovute ad aspetti psicologici (scarsa compliance in un post-infartuato), di tipo psicotico (fase acuta ipomaniacale) o neuropsichiatrico (anosognosia).

Le scale più importati per l'AIB sono l'*Illness Behavior Querstionnaire* (IBQ) (Pilowsky e Spence, 1975; Canestrari, 1982), l'*Illness Attitute Scale* (IAS) (Kellner, 1986; 1987) e i criteri di AIB dell'*Intervista Strutturata per i DCPR* (Porcelli e Sonino, 2007) (Box 5).

***Illness Behavior Questionnaire* (IBQ)** (Pilowsky e Spence, 1975)
L'IBQ è il più antico strumento di valutazione dell'AIB, sviluppato dallo stesso Pilowsky. Si compone di 62 items a risposta dicotomica si/no, raggruppati in 7 sub-scale:
– *Ipocondria generale*: preoccupazioni fobiche sulla salute
– *Convinzione di malattia*: difficoltà ad essere rassicurato sulla propria salute
– *Percezione psicologica vs somatica di malattia*: attribuzione di cause psicologiche *versus* somatiche ai propri sintomi
– *Inibizione affettiva*: difficoltà di esprimere le proprie emozioni agli altri

– *Disforia*: ansia e depressione che accompagnano i sintomi fisici
– *Negazione*: tendenza a negare anche le più comuni difficoltà di vita
– *Irritabilità*: sentimenti di rabbia e irritazione
Per ciascuna scala, sono disponibili i valori normativi della versione italiana (Canestrari, 1982).

***Illness Attitude Scale* (IAS)** (Kellner, 1986; 1987)
La IAS è un insieme di 9 scale che compongono un questionario che valuta atteggiamenti, timori e convinzioni associate alla tendenza ipocondriaca e all'AIB. È uno dei questionari più usati in questo ambito ed è considerato il gold standard per ipocondria e AIB (Sirri *et al*., 2008). La IAS non contiene item riferiti a sintomi somatici, a disturbi di sonno o a umore depresso e quindi i risultati non vengono influenzati da condizioni fisiche o psichiche alterate. Include 27 item che prevedono una risposta su scala Likert a 5 punti da 0 a 4 e 2 item a risposta aperta su malattie e terapie del paziente. La IAS è composta da 9 scale, ciascuna composta da 3 item:
– *Timori di malattia* ("Il pensiero di avere una malattia seria la terrorizza?")
– *Preoccupazione sul dolore* ("Se il dolore persiste per una settimana o più, crede di avere una malattia seria?")
– *Abitudini sulla salute* ("Si mette ad esaminare il suo corpo per vedere se c'è qualcosa che non va?")
– *Convinzioni ipocondriache* ("Quando il medico le comunica quello che ha trovato, inizia subito a pensare che ha contratto una nuova malattia?")
– *Tanatofobia* ("È terrorizzato dal pensiero della morte?")
– *Nosofobia* ("Teme di poter avere il cancro?")
– *Preoccupazioni sul corpo* ("Quando nota qualcosa che non va nel suo corpo, se ne preoccupa molto?"). È stato mostrato di recente che questa scala singolarmente ha un'elevata capacità di corretta classificazione della diagnosi di ipocondria (Weck *et al*., 2010)
– *Esperienze sul trattamento* ("Va spesso dal medico?")
– *Effetti dei sintomi* ("Non riesce più a concentrarsi su ciò che sta facendo se sente sintomi fisici?")

Intervista Strutturata DCPR per AIB (Porcelli e Sonino, 2008)
Il cluster di *Comportamento Abnorme di Malattia* comprende 4 delle 12 sindromi dei *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR), una delle quali è la sindrome di *Ansia per la Salute* (vedi Box 4). L'Intervista Strutturata per i DCPR include altre 3 sindromi:
– *Nosofobia*: identifica una paura persistente e infondata di avere una specifica malattia, generalmente molto seria come il cancro o l'AIDS, che non è continua come nell'ipocondria ma si manifesta per crisi acute, spesso scatenate da eventi accidentali (ad esempio, una breve esposizione a una sostanza cancerogena come l'amianto o dopo un rapporto sessuale occasionale non protetto). Inoltre la malattia oggetto della paura non cambia nel tempo (come nell'ipocondria) ma è stabile. In sostanza, fra nosofobia e ipocondria c'è lo stesso rapporto esistente fra ansia cronica e attacchi di panico.
– *Tanatofobia*: convinzione di morire presto o attacchi di paura acuti di stare per morire, non giustificati da reali motivi. Il livello di ansia anticipatoria è talmente intenso da generare comportamenti di evitamento co-

me non andare ai funerali, saltare la pagina dei necrologi sul quotidiano, cambiare canale alla TV o alla radio se si parla di morti, ecc.
– *Negazione di malattia*: è il polo opposto di AIB rispetto all'affermazione di malattia. Nonostante il paziente sia pienamente consapevole di avere una malattia o di dover effettuare necessariamente una certa terapia, rifiuta di avere il problema medico diagnosticatogli o di dover assumere certi farmaci. Benché è un atteggiamento che potrebbe essere adattivo in determinate malattie (es. cancro alla mammella), è generalmente pericoloso poiché può implicare anche l'esposizione a gravi fattori di rischio (mangiare dolci per un diabetico, fumare per un infartuato, ecc.).

Alexithymia

Il costrutto di alexithymia è uno dei più diffusi degli ultimi decenni. Il nucleo centrale del costrutto è costituito dal deficit di elaborazione cognitiva delle emozioni, differente quindi dalle forme cliniche di tipo difensivo di inibizione emotiva. Allo stato attuale della ricerca, si ritiene sia costituito da due fattori principali di ordine superiore (Bagby *et al*., 2006). Il primo è identificabile in un *deficit di consapevolezza affettiva* e comprende due aspetti: *a) difficoltà a identificare e descrivere le emozioni* (marcata difficoltà a verbalizzare i propri stati emotivi, quasi fossero del tutto assenti; possibili scoppi improvvisi di emozioni intense come rabbia, paura o pianto), *b) difficoltà a distinguere fra stati affettivi soggettivi e componenti somatiche dell'attivazione emotiva* (emozioni espresse preminentemente attraverso la componente fisiologica; difficoltà a collegare stati emotivi e situazioni vissute). Il secondo fattore è identificabile nel *pensiero operatorio*, sul modello della scuola francese (Marty e de M'Uzan, 1963) e comprende altri due aspetti: *a) povertà dei processi immaginativi* (assenza o marcata povertà di contenuto dei sogni e dei sogni ad occhi aperti; marcata riduzione di fantasia, umorismo, gioco; dialogo generalmente difficile e noioso), *b) stile cognitivo orientato verso la realtà esterna* (pensiero razionale che tende a illustrare azioni ed esperienze senza investimenti e coloriture affettive; attenzione concentrata sulla realtà fattuale; descrizione anche minuziosa dei dettagli con scarsa partecipazione personale).

L'alexithymia era ritenuta inizialmente strettamente collegata (e per un certo periodo di tempo addirittura identificata) con un ipotetico profilo di personalità specifico dei disturbi psicosomatici. Oggi si ritiene che sia associata in modo aspecifico ad una varietà di sindromi sia somatiche che psichiatriche incluse in un ampio spettro di disturbi della regolazione affettiva – ossia la capacità di tollerare gli affetti negativi bilanciandoli con quelli positivi senza dover necessariamente affidarsi a oggetti esterni (sostanze, alcool ma anche farmaci) o agiti comportamentali (alimentari, ag-

gressivi, compensatori) (Taylor *et al*., 1999) – da patologie mediche a sindromi psichiatriche come i disturbi alimentari e di panico (Porcelli, 2005). Le relazioni precoci problematiche diventano importanti in questo quadro poiché risposte inadeguate alle emozioni del bambino influenzano infatti in modo a volte determinante la sua capacità di auto-regolare sia gli stati emotivi (attraverso i modelli operativi interni, le difese dell'io, l'autostima) che quelli neurobiologici (attraverso l'attività autonomica, endocrina e immunitaria) anche nelle fasi successive della vita. Ciò si traduce generalmente anche in un importante deficit di empatia e di qualità delle relazioni interpersonali che a loro volta hanno la funzione di regolare gli stati affettivi individuali. Da questo punto di vista, l'alexithymia ha stretti rapporti con altri costrutti simili come la mentalizzazione (Fonagy e Target, 2001) e l'intelligenza emotiva (Parker *et al*., 2001). Per questa ragione, studi di *neuroimaging* hanno evidenziato che l'alexithymia è legata alla disregolazione delle regioni cerebrali prefrontali e anteriori come la corteccia cingolata del cingolo (Bermond *et al*., 2006) e studi clinici hanno mostrato che è associata a misure soggettive di percezione degli stati fisici maggiormente influenzati da attivazione emotiva come il dolore più che a dati oggettivi di malattia (Lumley *et al*., 2002; Porcelli *et al*., 2007).

In sintesi, le evidenze accumulate finora mostrano che il deficit alessitimico di elaborazione delle emozioni può influire sulla salute fisica e psicologica mediante molte strade: comportamenti finalizzati a controllare la disregolazione affettiva (abuso di alcool, disturbi alimentari), psicopatologia direttamente associata alla disregolazione emotiva (somatizzazioni, disturbo di panico), appiattimento post-traumatico delle emozioni (PTSD, reazioni a malattie gravi), alterazione dell'attività neuro-endocrino-immunitaria (vulnerabilità ai processi infiammatori), amplificazione somatosensoriale, comportamento abnorme di malattia e esiti negativi dei trattamenti (Lumley *et al*., 2007).

L'alexithymia non è una sindrome né una categoria definita ma una dimensione di personalità che può manifestarsi in modo più o meno marcato negli individui o in relazione a eventi di vita. Sono stati proposti vari strumenti di misurazione del costrutto nel corso dei suoi circa 30 anni di storia ma la scala più usata ad oggi è la *Toronto Alexithymia Scale*, soprattutto nella versione a 20 item (TAS-20) (Bagby *et al*., 1994a; 1994b), tanto che il 90% degli studi sull'alexithymia dalla pubblicazione della prima versione a 26 item (Taylor *et al*., 1985) è stata fatta utilizzando una delle versioni della TAS (Kooiman *et al*., 2002). Poiché la TAS-20 non contiene un fattore ritenuto importante nel costrutto di alexithymia (la carenza di fantasia), è stata proposta una scala che contiene anche questo fattore di ordine più affettivo rispetto a quelli più cognitivamente orientati della TAS, il *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire* (BVAQ) (Vorst e Bermond, 2001). Inoltre poiché la TAS-20 è auto-somministrata, sono stati proposte altri strumenti per

superare il limite del paradosso dell'auto-valutazione (valutare da sé una caratteristica di personalità il cui elemento principale è la difficoltà di introspezione): una scala di etero-valutazione somministrata ad un conoscente intimo (*by proxy*) del soggetto da valutare, la *Observer Alexithymia Scale* (OAS) (Haviland *et al*., 2000), interviste strutturate come la *Toronto Structured Interview for Alexithymia* (TSIA) (Bagby *et al*., 2006) e i criteri di alexithymia dei *DCPR*, e un indice di un test di performance percettivo-cognitivo, la *Rorschach Alexithymia Scale* (RAS) (Porcelli e Mihura, 2010) (Box 6). Al momento, vi è un certo consenso nel ritenere che la TAS-20, considerata *gold standard*, debba essere affiancata da uno strumento più comprensivo del costrutto sia come metodo (intervista strutturata) che come contenuto (riflettendo più compiutamente i 4 fattori centrali indicati prima). Non vi è però ancora consenso su quale o quali strumenti debbano affiancare la TAS-20 e con quali strategie (screening, valutazione di routine, approfondimento per selezione di pazienti con elevata alexithymia accertata con più strumenti, ecc.).

***Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20)** (Bagby *et al*., 1994a; 1994b)
È la versione a 20 item della TAS che aveva 26 item nella prima versione (Taylor *et al*., 1985). Ciascun item prevede una scala di risposte a 5 punti sul livello di accordo con il contenuto dell'item stesso.
La TAS-20 ha 3 scale di derivazione fattoriale:
– *difficoltà di identificazione delle emozioni* (DIF) ("Sono spesso confuso circa le emozioni che provo");
– *difficoltà di descrizione e comunicazione delle emozioni* (DDF) ("Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti");
– *pensiero orientato verso l'esterno* (EOT) ("Con le persone preferisco parlare delle cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni").
Il punteggio totale varia in un range da 20 a 100. Da uno studio sperimentale del gruppo di Toronto (mai più replicato, tuttavia), viene generalmente assunto il valore di 60 come punteggio di cutoff (meno di 50 per non-alexithymia e fra 50 e 60 per alexithymia indeterminata). Tuttavia, alla luce degli studi più recenti sulla natura dimensionale dell'alexithymia, si preferisce considerare i punteggi maggiori come presenza di elevati livelli di alexithymia e viceversa, su uno spettro continuo. La versione italiana della TAS-20 è stata ampiamente validata (Bressi *et al*., 1996; Caretti e La Barbera, 2005).

Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) (Vorst e Bermond, 2001)
Come la TAS, è auto-somministrata. Ha 40 items nella forma completa (o 20 in ciascuna delle due forme parallele) con risposte su scala Likert a 5 punti. Comprende 5 scale, di cui le prime due misurano l'aspetto di emotività non compreso nella TAS:

– *emotionalizing*, ossia il livello di attivazione causata da un evento emotivo ("Quando accade qualcosa di inatteso, resto calmo e imperturbabile");
– *fantasizing*, ossia la tendenza a fantasticare, a sognare ad occhi aperti, all'immaginazione ("Faccio pochi sogni ad occhi aperti e non mi lascio andare alla fantasia");
– *identifying*, ossia la capacità di identificare gli stati emotivi, che corrisponde al fattore IDE della TAS-20 ("Quando sono stressato, non so se provo paura o tristezza o rabbia");
– *verbalizing*, ossia la capacità di descrivere e comunicare le emozioni, che corrisponde al fattore DDF della TAS-20 ("Trovo difficile esprimere verbalmente i miei sentimenti");
– *analyzing*, ossia l'interesse a trovare spiegazioni per i propri stati emotivi, che corrisponde al fattore EOT della TAS-20 ("Difficilmente entro nelle mie emozioni").

Secondo la prevalenza dello score Affettivo (prime due scale) o Cognitivo (ultime 3 scale), gli autori distinguono l'alexithymia di Tipo I (forma primaria: il soggetto non sa ciò che prova e non lo sa descrivere), di Tipo II (forma secondaria: il soggetto sa ciò che prova ma non lo sa descrivere) e di Tipo III (il soggetto sa descrivere ciò che prova ma ha bassa reattività emotiva e scarsa immaginazione). Tuttavia studi indipendenti non hanno confermato questa tripartizione dell'alexithymia che invece viene vista come un'unica dimensione continua (Bagby *et al*., 2009).

Observer Alexithymia Scale (OAS) (Haviland *et al*., 2000)
Questionario auto-compilato di valutazione "per procura" (*by proxy*) del soggetto poiché somministrato a un suo conoscente (parente stretto, amico intimo, psicoterapeuta), contando sulle evidenze secondo cui il resoconto di altri significativi sulla personalità di un individuo ha elevato potere predittivo, maggiore degli indicatori auto-riferiti (Connelly e Ones, 2010).
Si compone di 33 item con risposte su scala Likert a 4 punti da "mai" a "sempre" e comprende 5 scale:
– *distant*, che valuta competenza sociale e relazioni interpersonali ("È sensibile nei confronti delle altre persone");
– *uninsightful*, che valuta tolleranza allo stress e capacità di insight ("Entra in crisi quando le situazioni sono molto difficili"),;
– *somatizing*, che valuta preoccupazioni per la salute e problemi somatici ("Reagisce allo stress a livello fisico (mal di testa, sudorazione, problemi di stomaco, dolori muscolari)");
– *humorless*, che valuta l'appiattimento emotivo ("È prevedibile; è noioso");
– *rigid*, che valuta l'eccessivo auto-controllo ("Rimanda il godimento delle cose piacevoli della vita, anche quando non è necessario").

Ci sono versioni della OAS anche in altre lingue (francese, tedesco, olandese, italiano e cinese). La scala ha buone caratteristiche psicometriche ma è stata criticata poiché non valuta le caratteristiche proprie del costrutto di alexithymia bensì alcuni comportamenti osservabili che potrebbero essere associati al costrutto e secondari o consequenziali (Lumley *et al*., 2007).

Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) (Bagby *et al*., 2006)
È un'intervista strutturata composta di 24 items divisi in 4 fattori centrali (*lower-order*) a loro volta inclusi in 2 domini maggiori (*higher-order*):

– *Affect Awareness* (AA) comprende i 2 fattori comuni alla TAS-20 (DIF e DDF).
– *Operative Thinking* (OT) comprende il fattore EOT comune con la TAS-20 e un quarto fattore non incluso nella TAS-20 di *Imaginal Process* (IMP) che valuta la qualità di fantasia e immaginazione nel soggetto.

Ciascun item si compone di una domanda specifica (ad es. per il fattore DIF "Le capita a volte di essere in dubbio o confuso/a su quale emozione sta provando?) a cui seguono domande strutturate di approfondimento. Il punteggio viene assegnato su una scala da 0 a 3 in relazione alla frequenza (la caratteristica indagata è raramente, parzialmente o stabilmente presente) e al livello (aspetto non caratteristico, parzialmente o fortemente caratteristico).
Sono in corso traduzione e validazioni della TSIA in molti paesi, compresa l'Italia (Taylor *et al*., in corso di stampa). I dati di validazione italiani sono stati già pubblicati da Caretti *et al*. (2011).

Intervista Strutturata DCPR* per *Alexithymia (Porcelli e Sonino, 2008)
Fra le 12 sindromi dei *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR), i criteri per l'Alexithymia, attraverso l'intervista strutturata, riguardano 6 punti cardinali:
– l'incapacità a usare parole appropriate per descrivere le emozioni (corrispondente al fattore DIF della TAS-20);
– la tendenza a descrivere i dettagli più che gli stati d'animo (corrispondente al fattore EOT della TAS-20);
– l'assenza di un ricco mondo fantastico (corrispondente al fattore EOT della TAS-20);
– un tipo di pensiero associato più a eventi esterni che alle emozioni (corrispondente al fattore EOT della TAS-20);
– una scarsa consapevolezza delle comuni reazioni somatiche che accompagnano l'esperienza di vari stati d'animo (corrispondente al fattore DDF della TAS-20);
– scoppi emotivi occasionali e inappropriati (disregolazione emotiva).

Rorschach Alexithymia Scale (RAS) (Porcelli e Mihura, 2010)
Questo indice è stato sviluppato sulla base del Rorschach Comprehensive System (CS) di Exner. Sono state selezionate 27 variabili del CS e, attraverso procedure statistiche di regressione, è stato sviluppata la RAS su un primo campione di pazienti con patologie mediche croniche e successivamente validata su un secondo campione di pazienti psichiatrici ambulatoriali.
La RAS viene calcolata assegnando punteggi fattoriali a 3 variabili del CS:
– proporzione di risposte di forma pura, *F%*, che valuta la difficoltà di elaborare stimoli complessi,
– risposte popolari (*Pop*) che valutano il conformismo sociale,
– il *Coping Deficit Index (CDI)* che valuta l'immaturità delle relazioni interpersonali.

Il pre-requisito è uno scarso numero (0-1) di risposte di movimento umano (*M*) che indica una scarsa capacità di mentalizzazione.
L'efficacia diagnostica della RAS, confrontata con la TAS-20, è stata molto alta, con il 92% di soggetti positivi ad entrambi i test.

Altre dimensioni implicite

Fra i vari altri possibili costrutti impliciti che hanno evidenziato in letteratura di giocare un ruolo importante nel campo della patologia medica, se ne possono menzionare brevemente alcuni in questa sede.

Rappresentazione di malattia

Secondo il "modello di malattia da senso comune" (*common sense model of illness*), si instaura un circolo vizioso (*loop*) che lega la severità di una malattia (specialmente se cronica), la percezione individuale della malattia (idee su cause, conseguenze, durata, ecc.), lo stile di coping (indirizzato verso l'iper-attivazione emozionale o la risoluzione dei problemi) e gli esiti della malattia (specialmente su qualità di vita e ripercussioni ansiose-depressive) (Leventhal *et al*., 1980). Il modello di *illness representation* è considerato un costrutto multidimensionale formato dalle 5 componenti principali dell'*Illness Perception Questionnaire* (IPQ) (Moss-Morris *et al*., 2002) (Box 7). I soggetti si formano "rappresentazioni di malattia" da varie fonti di informazione sulla propria malattia (esperienze personali passate, amici, mass media, Internet, ecc.) e quindi valutazioni su entità dei sintomi, cause, conseguenze, durata e controllo sul decorso, tutti indicatori dell'*identità* percepita della malattia. Maggiore l'identità di malattia, peggiore la capacità di controllare gli effetti della malattia e maggiori le conseguenze negative sullo stile di vita e quindi la cronicizzazione ulteriore. Al contrario, maggiore il senso di identità personale (*agency*), maggiore il controllo sui sintomi, minori le conseguenze negative e la cronicizzazione (Hagger e Orbell, 2003). Le ricerche hanno infatti evidenziato che una forte identità di malattia influisce su almeno 3 grandi aree della clinica: abuso dei servizi medici, scarso recupero funzionale dopo l'incidente di malattia e persistenza dei sintomi cronici (Petrie *et al*., 2007).

Locus of Control

Un costrutto molto usato in psicologia clinica per le malattie mediche, molto vicino a quello di rappresentazione di malattia ma nato dalla psicologia sociale e applicato in svariati contesti fra cui la psicologia del lavoro e delle organizzazioni aziendali, è quello di *Locus of Control*, sviluppato negli anni '50-'60 da J.B. Rotter (1954). Si riferisce alla convinzione del soggetto che gli eventi (esterni, lavorativi ma anche di salute) derivino dai propri comportamenti e che quindi sono controllabili (*locus of control interno*) o, all'opposto, che tali eventi siano incontrollabili poiché dovuti al destino, ad altri, a forze più potenti, al caso (*locus of control esterno*). Non si tratta di due categorie dicotomiche distinte ma di polarità di un continuum (Rotter, 1975). Numerosissimi lavori hanno evidenziato che, come per la rappre-

sentazione di malattia, il *locus of control* esterno, più disfunzionale e meno centrato sul senso personale di *agency*, è associato ad esiti negativi di qualità di vita, riabilitazione, prevalenza e severità dei sintomi fisici, ecc. (Norman e Bennett, 1995), con effetti duraturi nel tempo anche a distanza di 20 anni (Gale *et al*., 2008). Le scale di valutazione più usate sono la *Locus of Control Scale* (LCS) originaria di Rotter (1966) (Box 7), la *Health Locus of Control Scale* (HLC*)* (Wallston *et al*., 1976) e la scala *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC) (Wallston *et al*., 1978).

Demoralizzazione

Nell'accezione di J.Frank (1974), indica la consapevolezza dell'incapacità ad affrontare problemi pressanti e importanti (incompetenza soggettiva) e/o di aver deluso le aspettative proprie o di altri significativi. Entrambi questi aspetti sono presenti nei criteri DCPR di *Demoralizzazione* (Porcelli e Sonino, 2008) (Box 7). La rilevanza clinica di questo costrutto in psicologia clinica e in medicina è evidenziato dalla sua scarsa prevalenza nella popolazione generale (3%) e dall'elevata prevalenza (30%) in medicina. Inoltre è risultata distinta dalla depressione maggiore poiché il 44% dei pazienti di medicina con diagnosi DSM di depressione non hanno sindrome DCPR di demoralizzazione mentre il 69% dei pazienti con demoralizzazione secondo i DCPR non hanno depressione secondo il DSM (Mangelli *et al*., 2005). Infatti, demoralizzazione e depressione, sebbene siano sovrapposti in larga parte, sono clinicamente differenti. Un soggetto depresso è incapace di provare piacere di alcun tipo a causa dell'assenza di motivazioni mentre un soggetto demoralizzato è inibito nelle sue iniziative ma resta intatta la motivazione a cercare piacere (Cockram *et al*., 2009).

Personalità di Tipo D

Questo costrutto è stato introdotto in ambito cardiologico a metà degli anni '90 dal gruppo dell'olandese J.Denollet (Denollet *et al*., 1995). La *D* sta per *distressed* e indica una persona predisposta ad avere difficoltà emotive e interpersonali che influiscono sullo stato di salute, particolarmente sul sistema cardiocircolatorio. Il costrutto si compone di due elementi essenziali: 1) affettività negativa (tendenza a provare stati emotivi negativi – disforia, tensione, preoccupazioni – stabilmente nel corso del tempo e in varie situazioni); 2) inibizione sociale (tendenza ad inibire l'espressione di affetti, pensieri e comportamenti nell'interazione con gli altri per evitare potenziali pericoli insiti nei rapporti interpersonali e anticipando reazioni negative da parte degli altri). Negli ultimi 15 anni sono stati pubblicati moltissimi studi che hanno evidenziato con sufficiente chiarezza che la personalità di Tipo D caratterizza pazienti con disturbi cardiovascolari, costituisce un fattore di rischio importante per morbilità e mortalità cardiaca (con un fattore

di rischio 3 volte superiore rispetto ai pazienti cardiaci che non hanno questa caratteristica di personalità) e influisce sugli esiti dello stress psicologico in questi pazienti (Kupper e Denollet, 2007; Denollet *et al.*, 2010). Una meta-analisi recente ha confermato l'associazione fra Tipo D e eventi cardiaci maggiori (mortalità, infarto, interventi chirurgici), qualità di vita e anche marker biochimici (IL-6, sTNFR-1, s-TNFR-2 e TNF-a) (O'Dell *et al.*, 2011). Dopo un lungo periodo iniziale di popolarità di questo costrutto (tanto da essere citato in un articolo del *Time* del 14 settembre 2010 dal titolo eloquente di *Are you a Type D personality? Your heart may be at risk*), di recente sono stati espressi molti dubbi sul Tipo D poiché studi indipendenti dal gruppo di ricerca olandese non hanno trovato associazioni significative del Tipo D con rischio di mortalità in pazienti cardiologici (Grande *et al.*, 2011; Coyne *et al.*, 2011) o con rischio cardiovascolare nella popolazione generale (Beutel *et al.*, 2012). In una recente review, viene esplicitamente detto che "le affermazioni iniziali appaiono oggi quanto meno esagerate ma anche probabilmente false. Si stanno infatti accumulando risultati nulli in molti studi più ampi (di quelli originali). Sono stati sollevati dubbi di ordine concettuale, metodologico e statistico sul costrutto di personalità di Tipo D come variabile categorica, se sia sufficientemente differenziata da altre variabili dell'affettività negativa e se plausibilmente riesca davvero a predire la mortalità indipendentemente dai sintomi depressivi e da noti fattori biomedici come la severità di malattia" (Coyne e de Voogd, 2012).

La scala più usata per valutare la personalità di Tipo D è la *Type D Scale-14* (DS-14) (Denollet, 2005) (Box 7).

Illness Perception Questionnaire-revised (IPQ) (Moss-Morris *et al.*, 2002)
Scala auto-somministrata che indaga sulle varie dimensioni che compongono la rappresentazione di malattia:

- *identità*, ossia i sintomi che l'individuo ritiene siano associati a essa su una lista di 14 sintomi comuni;
- *conseguenze*, ossia l'impatto che ha la malattia sulla vita quotidiana o sul funzionamento normale dell'individuo ("La mia malattia ha conseguenze importanti sulla mia vita");
- *linea cronologica*, ossia la rappresentazione del periodo di tempo che l'individuo pensa possa durare la malattia ("Mi aspetto di avere questa malattia per il resto della mia vita");
- *causa*, ossia la causa biologica, psicologica o ambientale ritenuta responsabile della malattia (18 cause diverse dallo stress al disturbo immunitario);
- *cura/controllo*, ossia la capacità che un individuo ritiene di possedere per tenere sotto controllo la malattia ("Quello che faccio può determinare se la mia malattia migliorerà o peggiorerà").

Locus of Control Scale (LC) (Rotter, 1996)
Scala con 29 item, ciascuno dei quali contiene due affermazioni: una descrive il contenuto dell'item nell'ottica del *locus of control* esterno ("Molte cose infelici nella vita delle persone sono causate in parte dalla sfortuna") e l'altra nell'ottica del *locus of control* interno ("La sfortuna delle persone è causata dagli errori che fanno"). Il soggetto deve dichiarare con quale delle due affermazioni per ciascun item è d'accordo. Viene attribuito 1 punto per ogni item di tipo "esterno". Il punteggio totale è quindi unico e bidirezionale: più elevato, indica tendenza al *locus of control* esterno; più basso, viceversa, al *locus of control* interno.

Intervista Strutturata DCPR* per *Demoralizzazione (Porcelli e Sonino, 2008)
Fra le 12 sindromi dei *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR), la categoria di *Demoralizzazione* indaga 3 aspetti complementari:
– uno stato d'animo caratterizzato dalla consapevolezza individuale di aver deluso le aspettative proprie o degli altri significativi o di non essere in grado di affrontare problemi pressanti e importanti. Il paziente prova sentimenti di impotenza o inutilità o si dà per vinto;
– questo stato d'animo è prolungato e generalizzato (della durata di almeno un mese);
– lo stato d'animo demoralizzato precede di poco la manifestazione di disturbi somatici o ne esacerba i sintomi.

Type D Scale-14 (DS-14) (Denollet, 2005*)*
Scala con 14 item, 7 dei quali valutano la componente di *Negative Affectivity* (NA) ("Spesso mi sento di cattivo umore") e 7 la componente di *Social Inhibition* (SI) ("Trovo difficile incominciare una discussione") del costrutto di personalità di Tipo D. Le risposte sono su una scala Likert a 5 punti che vanno da 0 (vero) a 4 (falso). Ciascuna sub-scala ha quindi un punteggio da 0 a 28 e il punteggio uguale o maggiore a 10 in entrambe le sub-scale definisce la personalità di Tipo D. Le ottime capacità predittive della DS-14 indicano, secondo gli autori, che dovrebbe essere inserita nella valutazione routinaria dei pazienti in cardiologia (Kupper e Denollet, 2007).

Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)

Accenniamo brevemente anche al *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM) (2008) che opera una sorta di riassunto di quanto conosciuto in letteratura in questo campo. Il fenomeno clinico viene inquadrato in due assi: l'Asse P (Personalità) include i *Disturbi Somatizzanti di Personalità* (P108) e l'Asse S (Sintomi) i *Disturbi Somatoformi (o di Somatizzazione*) (S305). In sintesi, il funzionamento di personalità P108 viene inquadrato nel range di organizzazione borderline con una combinazione variabile di preoccupazioni ipocondriache, patologie mediche note per essere corre-

lata a condizioni di stress o sintomi fisici che "traducono" emozioni troppo ansiogene e dolorose per essere trasformate in parole (reazioni di conversione) oppure bloccate da un deficit espressivo e comunicativo degli stati affettivi (alexithymia). Alla base vi sono pattern costituzionali (fragilità fisica costituzionale, esperienze infantili di malattia, possibili abusi precoci), preoccupazioni centrali (sull'asse dell'angoscia della frammentazione del sé corporeo), affetti centrali (stress generalizzato, difficoltà alessitimica di identificazione e comunicazione delle emozioni), convinzioni patogene su sé (sentirsi fragile e in pericolo continuo) e sugli altri (percepiti come potenti e indifferenti) e una linea centrale difensiva (sull'asse somatizzazione/regressione). L'aspetto sintomatologico S305 di questa personalità viene descritto come un insieme di esperienze soggettive costituite da stati affettivi (oscillanti fra estrema preoccupazione dovuta ad amplificazione somatosensoriale a negazione di malattia a scissioni di tipo alessitimico fra sensazioni somatiche e consapevolezza introspettiva degli affetti), pattern cognitivi (variabili a seconda della condizione medica ma generalmente imperniate sulla modalità *catastrophizing*), stati somatici (da attivazione autonomica) e pattern relazionali (anch'essi variabili su un continuum che va da una ricerca persistente, passivo-aggressiva di cure mediche e rassicurazioni impossibili a un'eccessiva inaccessibilità e allontanamento distanziante).

Conclusioni

Circa 40 anni fa, D.Kissen (1963) scriveva da pioniere che è possibile che "una malattia ritenuta generalmente psicosomatica sia invece *non psicosomatica* in alcuni individui [e che] una malattia ritenuta generalmente non psicosomatica sia invece *psicosomatica* in altri individui" (p. 40). Significa che non esistono le malattie psicosomatiche in quanto tali ma condizioni psicosomatiche variabili da individuo a individuo – e spesso da un periodo di vita all'altro nello stesso individuo – per cui fattori psicologici agiscono a livelli diversi nel singolo individuo. In psicologia clinica della salute, non è la malattia che rende omogenea una classe di individui ma i fattori psicologici e dunque ci possono essere fattori psicosomatici nel dolore fisico di in un paziente oncologico e nessun fattore psicosomatico nella psoriasi di un paziente dermatologico.

I problemi clinici che può incontrare uno psicologo in ambito medico sono molto variegati, come ad esempio quelli elencati dall'*American Board of Professional Psychology* (ABPP) per quanto riguarda la *Clinical Health Psychology* (Tab. 4) (Belar e Deardoff, 2008).

Tab. 4 - Ambiti di competenza della Clinical Health Psychology

Ambito psicodiagnostico	**Esempio**
Condizioni psicologiche secondarie a malattie	*Demoralizzazione nell'ipertensione essenziale; depressione post-infartuale*
Presentazione somatica di disturbi psicologici	*Attacco di panico riferito come dolore anginoso; sindrome temporo-mandibolare in depressione maggiore*
Problemi con componenti psicofisiologiche	*Dolore lombare cronico; cefalea muscolo-tensiva*
Sintomi fisici che potrebbero rispondere a interventi comportamentali	*Incontinenza evacuato ria; nausea anticipatoria*
Complicazioni somatiche associate a fattori comportamentali	*Scarsa aderenza a trattamenti medici; negazione di malattia in patologia cronica*
Presentazione psicologica di patologie organiche	*Depressione in ipotiroidismo; umore depresso in malattia infiammatoria cronica*
Aspetti psicologici di procedure mediche stressanti	*Esami invasivi; interventi chirurgici*
Fattori di rischio comportamentali per malattie mediche	*Fumo; cattiva alimentazione; promiscuità sessuale; assenza di esercizio fisico*
Problemi relativi a operatori sanitari e associato al sistema sanitario	*Relazione medico-paziente, burn-out, comunicazione all'interno dell'equipe sanitaria, qualità dei servizi assistenziali*

A fronte di questa poliedricità di presentazione clinica, è evidente l'inutilità sul piano operativo di un'unica categoria diagnostica omnibus, cercata da molti, pazienti ("la mia ipertensione è psicosomatica?") e tecnici (come accade nella classificazione DSM). D'altra parte, è altrettanto evidente la necessità di avere una strumentazione concettuale e tecnica (scale, questionari, interviste) per assolvere uno dei compiti essenziali della diagnosi, ossia la facilitazione della comunicazione. Diventa quindi essenziale per lo psicologo clinico avere strumenti di lavoro per valutare il ruolo, ossia il *peso relativo*, che i processi psicologici hanno *in positivo* su esordio, decorso, trattamento e riabilitazione in ambito medico. Non è la natura della patologia somatica (funzionale o organica) ad aiutarci e non lo sono neanche le modalità di invio del paziente che risentono di tutte le ambiguità della vecchia concezione *ex negativo* della psicosomatica, come abbiamo visto nella prima parte.

Il punto essenziale è *non confondere* il problema diagnosticato dal medico con le concezioni pre-costituite di "malattia psicosomatica" (che, come

tale, non esiste) e, di conseguenza, *non cercare la causa psicologica* di un problema fisico, stabilendo consapevolmente o meno l'equazione "psicosomatica = psicogenetica". Si tratta per lo psicologo clinico di pensare e lavorare con modalità diverse, tentando di soppesare e differenziare per quanto possibile il tipo e il livello di associazione fra fattori psicologici e condizioni fisiche. Come aiuto in questa direzione, in questo capitolo sono stati illustrati costrutti e relativi strumenti di misurazione su due livelli: una dimensione esplicita centrata sui sintomi osservabili clinicamente ed una dimensione implicita dei costrutti psicologici che possono esser implicati in una data condizione medica, selezionando quelli per cui esistono prove convincenti di validità empirica in letteratura.